سلسلة إصدارات التشخيص التكاملى والتعليم العلاجى لغير العاديين



المعاق جسمياً (حركياً - إنفعالياً)

- المقعد
- شلل الأطفال
- الشلل الدماغى
- فرط النشاط

إعداد
دكتورة/ زينب محمود شقير
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة طنطا

المجلد الخامس

سلسلة إصدارات التشخيص التكاملي والتعليم العلاجي لغير العاديين

إيدى فى إيدك مع

المعاق جسمياً (حركياً - انفعالياً)

المقعد

شلل الأطفال

الشلل الدماغى

فرط النشاط

إعداد

دكتورة/ زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

المجلد الخامس

اسم الكتاب		إيدى فى إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً – انفعالياً). المقعد – شلل الأطفال – الشلل الدماغى – فرط النشاط
اسم المؤلف	:	الأستاذ الدكتور/ زينب محمود شقير.
عدد الصفحات	:	٩٢
رقم الإيداع	:	21046/2004
الترقيم الدولى	:	I.S.B.N. 977-200-458-5
سنة النشر	:	٢٠٠٥
الإصدار	:	الأول
المجلد	:	الخامس
الناشر	:	مكتبة النهضة المصرية – ٩ش عدلى.
البلد	:	القاهرة – جمهورية مصر العربية.
تليفون	:	٣٩٥٦٧٧١ / ٠٢

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وليخش الذين لو تركوا من

خلفهم ذرية ضعافا خافوا عليهم

فليتقوا الله وليقولوا قولا

سديدا ﴾ صدق الله العظيم

(سورة النساء ، الآية ٩)

تقـــديـــم

يا إلهى

هناك أخوة وأخوات تجمعهم الأخوة وتفرقهم الإعاقـــة ، وهنـــاك أفراد يفرقهم الزمان والمكان وتجمعهم الإعاقة.

ونحن هنا ومن خلال هذا المرجع نتعامل مع تلك الفئة من فئـــات المجتمع ، وهى فئة المعاقين (ذوى الاحتياجات الخاصة) ، كى نقدم لهم ما نستطيع من خدمات التشخيص والتأهيل والتدريب والعلاج والإرشاد بمـــا يعود بالنفع على تلك الفئة ، وبما يعود بالنفع أيضاً على المجتمع ، فإذا كان المجتمع يستمد قوته من مسالك وروافد متعددة ، فـــإن ذوى الاحتياجـــات الخاصة وبينهم المتفوقين والموهوبين تمثل مسالك هامة وأساسية تتدفق من خلالها قوى مؤثرة فى المجتمع كله قوة أو ضعفاً ، نجاحاً أو فشلاً ، تقدمـــاً أو تراجعاً ، ثراء أو فقراً على جميع المستويات.

وإذ نهتم بالصحة النفسية لأبنائنا أسوياء كانوا أم معاقين ، فـــأقدم هذا المرجع وهذا العمل للمكتبات العربية ليكـــون فـــى متنـــاول طـــلاب الدراسات العليا (فى مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة) ، كما يقـــدم إلى كل الآباء والمعلمين والباحثين والمـــهتمين بالإعاقـــة والأخصـــائيين النفسيين ومعلمى التربية الخاصة بل وإلى كل من يسهم فى تقدم مجتمعنـــا والنهوض به.

وإن كان هناك توفيق فى تأليف هذا المرجع فإنه من الله ســبحانه وتعالى الذى نبغى وجهه الكريم بكل كلمة سجلت فيه ، وإن كـــان هنـــاك قصور فى مواده وبنوده فإنه من أنفسنا ، والله العلى القدير نســـأله العفـــو والمغفرة فى أى تقصير بَدَرَ منى بدون قصد.

وأخيراً علينا أن نسعى وليس علينا إدراك النجاح.

ونحن هنا بصدد إعـــداد **سلسلة من الإصدارات الخاصة بغير العاديين** من المتفوقين والموهوبيـــن ومـــن ذوى الاحتياجـــات الخاصـــة بمختلف أنواعها والتى تدور فى مجملها حول محورين رئيسيين:

المحور الأول: يدور حول تشخيص كل فئة تشخيصاً طبياً واكلينيكياً ونفسياً وشخصياً ، وموضحاً لأهم أدوات التشخيص المتاحة لكل إعاقة ، ومشيراً لأهم صعوبات وعقبات التشخيص حتى يتسنى لنا الأخذ بعين الاعتبار الدقة والحذر فى التعامل مع تلك الفئة أو غيرها من الفئات الخاصة.

المحور الثانى: يتناول أهم الاتجاهات المعاصرة فى التعليم العلاجى والرعاية المتكاملة لذوى الاحتياجات الخاصة ، وكذلك أساليب التدريس والمناهج الدراسية الملائمة لكل إعاقة على حدة ، بالإضافة لأهم ومستلزمات طرق الرعاية والتأهيل لكل فئة من فئات الإعاقة.

وتشمل هذه السلسلة سبعة مجلدات متتالية فى الترتيب ومنفصلة عن بعضها حتى يتيسر للقارئ الحصول عليها منفردة (أو مجمعة معاً) كل بحسب احتياجه. وهى على النحو التالى ...

المجلد الأول: الاتجاهات المعاصرة فى التشخيص التكاملى والتعليم العلاجى والرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة.

المجلد الثاني: ولدك المتفوق والموهوب ... إلى أين؟

المجلد الثالث: الشموع المضيئة نحو الكفيف وضعيف البصر.

المجلد الرابع: طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتعثرون فى الكلام والنطق.

المجلد الخامس: إيدى فى إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً - وانفعالياً) المقعد - شلل الأطفال - الشلل الدماغى - فرط النشاط.

المجلد السادس: علموا ابناءكم المعاقون (عقلياً وتربوياً).

المجلد السابع: انتبه واحذر الاضطرابات النفس جسمية "السيكوسوماتية والسوماتوسيكولوجية".

والله الموفق والمعين

المؤلفة

الباب الأول

الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي

للإعاقة الجسمية (الحركية – الانفعالية)

أولاً: المقعد.

ثانياً: شلل الأطفال.

ثالثاً: الشلل الدماغي.

رابعاً: فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه.

مقدمة:

تؤثر الإعاقة الجسمية على شخصية الفرد المعاق جسمياً في النواحي الاجتماعية والنفسية ، وقد أشار "أدلر" إلى أن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية يكافحون في الغالب للتغلب على ما لديهم من نقص والتعويض عنه في ميدان معين ، بل ربما في نفس المجال الذي يؤلف أساس ضعفهم ، وقد يصيبهم هذا التأثير في اتجاه معاكس ، فيفضي بهم عجزهم إلى الانطواء أو العدوان أو فقدان الثقة في النفس والتواكل والسيطرة والحقد.

ويرى عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٩٦) أن فئة الإعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها اختلافاً واضحاً ، غير أنها تشترك جميعاً في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين. وهذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة ، هي أنهم يعانون من عجز بدني ، وأما عن الاختلافات الموجودة بينهم والتي تصنفهم إلى مجموعات متباينة فهي نوع العاهة أو العجز الذي يعانون منه.

وعموماً فإن المعاق بدنياً يعاني بأي نوع من القصور البدني كفقد أجزاء الجسم أو حدوث خلل أو تشوه ، ويؤدي هذا القصور إلى حدوث إعاقة للفرد ، تؤدي به إلى عدم القدرة على مزاولة عمله أو القيام بعمل أخر.

التشخيص الفارقي لأنواع الإعاقة البدنية:

١- التشخيص التصنيفي الفارقي الثنائي للإعاقة الجسمية:

أ- **أصحاب عجز ظاهر مثل:** الإعاقات البدنية أو الحسية كالمكفوفين أو المقعدين ، ومبتوري الأطراف ، والصم ، والتخلف العقلي.

ب- أصحاب عجز غير ظاهر مثل: مرضى القلب ، والدرن الرئـوى ، وناقهى الجذام.

٢- التشخيص التصنيفى الفارقى الثلاثى للإعاقة الجسمية:

أ- مبتورى الأطراف. ب- المشلولين. جـ- المقعدين.

٣- التشخيص التصنيفى الرباعى للإعاقة الجسمية:

حيث يتم التصنيف هنا بحسب موقع الإصابة بالخلل داخل الجسم:

أ- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابـة الجـهاز العصبـى المركـزى Central Neuroses system

- شلل الأطفال Poliomyelitis
- الصرع Epilepsy
- الشق الحركى (استسقاء الدماغ) Spinal Bifida
- إصابة الحبل الشوكى Spinal card injury

ب- إعاقـة جسـمية ناجمـة عـن إصابـات الجـهاز العضلـى: Dystrophy

- ضمور وإضمحلال العضلات Musculer dystrophy
- خلل وضمور بالنخاع الشوكى (العضلات) Spinal cord dystrophy

جـ- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابات الجهاز العظمى:

- حالات بتر الأطراف وتشوهها Amputations
- حالات التهاب المفاصل Arthrities
- حالات تشوه القدمين Feet deformity
- حالات تأخر نمو العظام وعدم اكتمالها
- حالات كسور العظام Bone fructures
- حالات لين العظام Ostemomalacia

- حالات التهاب الورك أو خلعه — Dislocation of hips
- حالات إصابة العمود الفقرى — Scolisis

د- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابة أحد أعضاء الجسم:

- أزمات الصدر والربو الشعبى — Bronchial asthma
- أمراض القلب — Cardiac diseases
- الأمراض السرطانية التى تصيب أحد أعضاء الجسم — Tumurs = concers
- أمراض الكبد المتنوعة — Different liver diseases
- الفشل الكلوى — Renal failure
- الإصابة بمرض السكر — Diabetes mellitus [DM]

أولاً: المقعد أو المعاق حركياً
Motor Handicapped

من هو الشخص المقعد (المعوق حركياً) Motor Handicap؟

- هو ذلك الشخص الذى عاق حركته ، أو يعوقها بسبب فقد أو خلل أو ضمور فى العضلات أو عظام الرجلين ، بسبب إصابة تعرض لها قبل الميلاد أو بعده ، وقد ترتب على إصابته هذه أن أصبح عاجزاً عن السير نظراً لعدم قيام ساقيه بوظيفتهما ، فأصبح يعتمد فى سيره على الأجهزة التعويضية بالأرجل الصناعية والعجلات والعكاز أو يعتمد على معاونة الآخرين فى سيره.

- هو الشخص الذى تعوق حركته ونشاطه الحيوى فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله بطريقة تحد من وظيفتها العادية ، وبالتالى تؤثر على تعليمه وإعالته لنفسه ، والبعض يؤكد فى هذا المجال على الإصابة نتيجة شلل الأطفال أو سل العظام أو حتى أمراض القلب ذاتها.
- حالة من الضعف العصبى أو العظمى أو العضلى أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجى والتربوى والدراسى ليستطيع الطفل المعاق حركياً الاستفادة من البرامج التعليمية ، وهذه الإعاقات غير متجانسة.
- حالة يعانى منها المصابون من خلل ما فى قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم الاجتماعى والعقلى والانفعالى والعقلى ، الأمر الذى يستدعى حاجة هؤلاء الأطفال للتربية الخاصة.

أهم الملامح التشخيصية للمقعد:

- صعوبة خلع وارتداء الملابس بمفرده.
- عدم تناسق حركة الجسم والأطراف.
- صعوبة صعود السلالم.
- يتشابه المقعدون مع العاديين فى مستوى الذكاء ، إلا أنه كلما زادت درجة خطورة القعاد كلما صحبه انحطاط فى مستوى الذكاء.
- قصور فى المهارات الحركية.
- صعوبة التوازن الحركى.
- يؤثر القعاد تأثيراً سيئاً على التقدم العلمى للمقعد فى المستقبل.
- قد يكون الطفل المقعد لديه من الاستعداد لممارسة مهنة معينة ويكون صالحاً لمزاولتها إلا أن الإعاقة قد تعوقه عن مزاولتها.

- قد تمنع الإعاقة الحركية الطفل المقعد عن مزاولة حياته الاجتماعية بصورة طبيعية لما تسببه عاهته من مضايقة وحسرة اجتماعية له.
- الشعور بالإرهاق والتعب لأقل مجهود.
- الشعور الدائم بالنقص.
- قصور في ممارسة الألعاب الرياضية.
- يؤثر القعاد في السلوك الاجتماعي الإيجابي للمعاق فينتابه الشعور بالذنب والشعور بأن عاهته نوع من العقاب ، أو قد يتخذ موقفاً عدوانياً إزاء بيئته.
- هناك بعض المقعدين يستغل ظروفه لاستدراك العطف من الأبوين والأقارب أو قد يصبح متطفلاً على المجتمع.
- شعور بالخوف من الفشل.
- القلق والخوف والرفض والانطوائية والدونية.
- تعطل حواس الفرد وأعضاء الحركة عن قيامها بوظائفها.
- شعور اليأس والحسرة.
- زيادة الحساسية.
- فقدان الثقة بالنفس.
- العجز عن التكيف في المجتمع.
- تشوه اضطراب صورة الجسم ويخبر على أنه تشويه للذات والحزن على فقد جزء من الجسم (في حالة البتر).
- إنكار للعاهة وإخفائها لرفضه مساعدة الآخرين ورفضه الاعتماد على الأجهزة التعويضية (في بعض الحالات).
- فقدان الشعور بالأمن.
- فقدان الاتزان الانفعالي.

- الإسراف فى الأساليب الدفاعية كالنكوص والتبرير والكبت والإسقاط والعدوان الموجه نحو الآخر
- البطالة وفقدان العمل أو ندرته
- ارتفاع تكاليف العلاج أو التأهيل.
- مشاعر الغضب والاكتئاب.

تشخيص الإعاقة البدنية.

يتفق فاروق صادق (١٩٩٣) مع ما ذهب إليه "جرينسبان" Greenspan, S (١٩٨١) فيما يتعلق بمبادئ التشخيص الكلينيكى وأساليب التدخل المبكر من أن **هناك ستة أبعاد لعملية التشخيص** التى تتم وفقاً لقوانين النمو (وهذه الأبعاد تصلح كمبادئ للحد من حدوث الإعاقات البدنية)، وهذه الأبعاد الستة هى:

١- المتغيرات قبل الولادية وخلال فترة الحمل Prenatal & Perinatal وهى المتغيرات التى يكون لها أثر كبير على الحالة التكوينية للطفل والاستعدادات المختلفة لعمليات النمو كالعوامل الوراثية، والضغوط الأسرية، وخصائص الحمل وعملية الولادة وما بعدها مباشرة من النواحى البيولوجية والنفسية والعلاقة بين الأم والطفل.

٢- متغيرات الطفل البدنية والعصبية والفسيولوجية Physical Neurological Physiological وتتضمن العوامل المؤثرة فى حالة الوليد مباشرة بعد الولادة من صحة عامة، أو حالة عصبية، والعمليات الحيوية بالجسم، ومستوى تنبهه ونشاطه، وهى التى تنظم فى العادة وظائف الجسم الداخلية، واستجابته للمواقف الخارجية.

٣- متغيرات الطفل الحسية الحركية – والمعرفية Motor Cognitive وتتضمن عمليات النمو فى كاملها وتمايزها فى هذه المجالات،

كتكامل الأجهزة الحسية الحركية ، والعلاقات بين النمو الجسمي – الحركي مع النمو العقلي أو المعرفي.

٤- العلاقات الأولية بين الطفل ووالديه: Primary Care-Giver Infant Relationship وتتضمن هذه العلاقات التغذية ، والنظافة ، والعناية بالطفل بما تحتويها من مكونات ونسق سيكولوجية وانفعالية.

٥- المتغيرات الوالدية الأسرية والبيئية: - Parental – Family Environmental وتتضمن قياس العلاقات بين الوالدين وأعضاء الأسرة وبين الطفل ، وحاجاته ، والممارسات والعلاقات داخل الأسرة أو الأقارب والأصدقاء والعلاقة مع المؤسسات المختلفة داخل المجتمع.

٦- متغيرات الطفل في تكوين العلاقات واستدخالها في خبرته: Variables Formation and Internalization for Human Relationships وهي علاقات الطفل بوالديه وأخوته وباقي أفراد الأسرة ، وأن هذه العلاقات في سوائها تكون كافية لنمو اجتماعي انفعالي متكامل يسمح باستدخال خبرات جديدة أخرى وأوسع من الناحية الاجتماعية. (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١)

أهم مجالات تشخيص المعاقين حركياً:

أوضح سعيد العزة أنه قبل بدء إعداد برامج علاجية للمعاقين حركياً ينبغي وضع برنامج شامل ومتكامل لتقييم المعاق حركياً تراعى فيه الجوانب التالية:

١- مجال التشخيص الطبي:

ويقصد به حالة صاحب الإعاقة ونوعها وشدتها والإعاقات المرافقة لها ومعرفة أسبابها ، من أجل تقديم الخدمات الطبية التي تناسبها

وتحديد حاجة صاحب هذه الإعاقة للعلاج الطبيعى وللأجهزة المعينة التى تمكنه من تخفيف المصاعب الناتجة عن إعاقته الحركية ، مثل العكاكيز والكراسى المتحركة وحاجته لإجراء عملية جراحية تستدعى تحسين حالته أو حاجته لاستعمال أطراف صناعية وغيرها من وسائل معينة مختلفة ويشمل:

أ تحديد المهارات التى يكون المعاق حركياً بحاجة إلى التدريب عليها مثل حركة العين أو اليد أو غيرها

ب- تحديد طبيعة العلاجات المساعدة اللازمة لكل حالة إعاقة حركية مثل مساج وتدليك وغيرها

جـ- التأكد من خلو المعاق حركياً من الإعاقات الثانوية الناتجة عن هذه الإعاقة.

د- قياس وتشخيص درجة الإعاقة لأغراض تحويل المعاق حركياً للجهات التى يمكن أن يستفيد من الخدمات التى تقدمها سواء كانت تربوية أو اجتماعية أو نفسية أو مهنية وتلقى المساعدات المالية اللازمة لعلاج إعاقته تأهيلياً.

٢- مجال التشخيص التصنيفى:

لتحديد خدمات المعاق وذلك تبعاً لنتائج التقويم التى توصى بإلحاق المعاق حركياً بالمدرسة العادية أو مؤسسات التربية الخاصة.

٣- مجال التشخيص الاجتماعى:

بحيث يحدد مدى الصلاحية الاجتماعية للطفل المعاق حركياً ومدى استعداداته وقدراته للتوافق والتكيف الاجتماعى فى مجال المدرسة والمنزل والمجتمع وما هى الوسائل العلاجية الاجتماعية التى من الممكن أن يستفيد منها لتحديد المشكلات الاجتماعية لدى هذا الطالب سواء كانت

ذات علاقة بالسلوكات غير الناضجة أو غيرها للعمل على مساعدته للتخلص منها.

٤- مجال التشخيص النفسي:

ويتمثل في معرفة الاضطرابات الانفعالية والنفسية لدى المعاق حركياً كالسلوك الانسحابي أو العدواني أو سلوك الاكتئاب ومشاكل اللغة وغيرها وذلك لتحديد المؤسسات النفسية التي تقدم رعاية متخصصة في هذا المجال.

٥- مجال التشخيص التربوي:

والذي يحدد الصعوبات التربوية والتعليمية الموجودة لدى الطفل المعاق حركياً ومساعدته عن طريق اختيار المؤسسات التي تعني بتقديم خدمات تربوية خاصة بنوع إعاقته.

ثانياً: شلل الأطفال

Poliomyelitis

ظهر شلل الأطفال منذ القدم ، وقد لفت أنظار الأطباء في العصر الحديث في أوائل القرن العشرين ، حيث روع العالم بالأوبئة المتكررة التي اجتاحت أوروبا وأمريكا الشمالية واستراليا وغيرها ، لذا نشطت البحوث العلمية في جهات متعددة من العالم ، ويكشف مسمى شلل الأطفال أن غالبية مرضاه من الأطفال حيث يصاب ٧٥% ما بين عمر عام-١٥ سنة. (عبد الله عبد الرحمن ، ١٩٩٤)

تحدث العدوى من الغشاء المبطن للحلق إلي الجهاز العصبي مباشرة ، وقد يستمر الفيروس في البراز إلى ثلاث شهور وبعد النقاهة من المرض.

التشخيص التصنيفى الفارقى لأنواع شلل الأطفال ، هناك ثلاث أنواع:

١- إصابة عضلات الجسم.

٢- إصابة عضلات التنفس أو البطن.

٣- إصابة عضلات البلع والحنجرة.

ولقد تم التوصل إلى أن الإنسان هو ناقل العدوى الأساسى ، فالميكروب يوجد في موضعين أساسيين: إما فى الحلق ، أو فى الأمعاء ، ولذلك تحدث العدوى عن طريق البراز ، أو تناول أطعمة ملوثة ، والاختلاط بالمرضى من أهم عوامل انتشار المرض ، ولقد أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين بالمصل الواقى للأطفال ، وهى عملية إجبارية لجميع المواليد وتعاد ثانية عند بدء الدراسة. (محمد فهمى ، ٢٠٠٠)

العدوى: يمكن أن تظهر العدوى كوباء فى المجتمعات التى تفتقر إلى الخدمات الصحية ، وتدنى الوعى فيها والتى تغفل التطعيم.

وأهم مصادر العدوى:

١- الشخص المصاب فى فترة المرض الحاد ، لأن الفيروس يوجد فى الفم والبلعوم وكذلك فى البراز لمدة طويلة (٥ أسابيع من بداية المرض).

٢- حامل الميكروب: يمثل خطورة كبيرة ، نظراً لعدم ظهور الأعراض عليه وعدم انفصاله عن الأصحاء.

٣- عن طريق الجهاز الهضمى والتنفسى.

٤- للعوامل الوراثية دور فى حدوث شلل الأطفال ، فقد يحدث فى أجيال متعددة.

تشخيص شلل الأطفال:

يجد الأطباء صعوبة في تشخيص الشلل في مراحله الأولى وذلك لتشابه أعراضه الأولية مع الالتهابات البكتيرية للوزتين والحلق أو نزلة البرد ، وبعد أيام قد يعاني الطفل المصاب بالشلل من تشنجات وارتفاع الحرارة ، مصحوبا بالقئ وغيرها من الأعراض سالفة الذكر.

إلا أن من المهم معرفة أن أعراض المزض لاتظهر إلا بعد فترة الحضانة للمرض ، وهي الفترة ما بين التقاط الفيروس وظهور الأعراض (٧-١٢ يوما) وتأخذ الأعراض عدة صور على النحو التالي:

١- **الأولى (مرحلة الحضانة):** يصاب الطفل بفيروس الشلل ولكن لا يظهر عليه أعراض الشلل النشطة.

٢- **الثانية (مرحلة الهجوم):** تظهر الأعراض فجأة وتنتهي خلال عدة أيام ، وتبدأ بدور مشابه للانفلونزا: دوخة / صداع / غثيان / ألم في الظهر والرقبة / التهاب في الحلق / ارتفاع درجة الحرارة / قئ / مغص شديد / إسهال أو إمساك وتختفي تدريجيا خلال (٣) أيام هي مدة مرحلة الهجوم.

٣- **الثالثة (مرحلة ما قبل ظهور الشلل):** تظهر الأعراض كما في الصورة الثانية تماما ، ويمكن للفيروس أن يستكمل رحلته داخل جسم المريض ويسبب الشلل ، أو يرحل عن المريض خلال عدة أيام.

٤- **الرابعة (مرحلة الشلل):** تختلف أعراضها باختلاف المكان الذي يختاره الفيروس لسكنه ، فتظهر أعراض شلل الأطراف السفلى ، أو عضلات البطن والحجاب الحاجز ، وربما يحدث أعراض خطرة ، مثل عدم القدرة على النطق والبلع ، وقد يصل لدرجة عدم القدرة على التنفس ، ومن ثم يودي بحياتهم. وقد يؤثر المرض على خلايا المخ

ويسبب التهاب الدماغ ، فيحدث انقباضاً في عضلات الوجه ورعشة في الأيدي وأحياناً غيبوبة تؤدي إلى الموت. (ماجدة عبيد ، ٢٠٠١)

المحكات التشخيصية لشلل الأطفال:

تختلف الأعراض تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة ودرجاتها وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والدونية أهم الآثار التي تعقب الإصابة.

وعلى الرغم من أن المرضى بشلل الأطفال يختلفون كل عن الآخر في الاستجابات للمرض ، إلا أن هناك بعض الآثار النفسية المشتركة بينهم هي:

١- الشعور بالخوف والقلق من المرض وآثاره التي يفرضها على حركة الفرد.

٢- الشعور بالحسرة من جراء عدم قدرة الفرد الحصول على أهدافه أو تحقيقها بعد الإصابة.

٣- الشعور المتشائم من العجز الجسمي واستحالة الحياة مع هذا العجز ويزيد من خطورة الموقف جهل الفرد وعدم ثقته في قدرته وطاقاته ومواهبه كعامل أمان في حياته. (عاطف الكيلاني ، ١٩٩٤ ، ٢٨ نقلاً عن Fallon, 1975, 152)

هذا بجانب الأعراض الجسمية المصاحبة للمرض مثل:

- ارتفاع درجة الحرارة. - فقدان الشهية.
- توقف العضلات المصابة وارتخائها.
- جفاف الحلق. - الشعور بالخمول.
- الصداع. - توقف الرقبة والظهر.
- تشنج في عضلات الأطراف وصعوبة ثنيها.

ثالثاً: الشلل الدماغي (المخي)

Cerebral Palsy

ما هو الشلل الدماغي؟

تعني كلمة شلل عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة والجذع واستعمال اليدين والجلوس والزحف والوقوف والمشي.

الشلل الدماغي هو مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من مظاهر القصور المزمن في الحركة يظهر في السنوات المبكرة من عمر المصاب ، ويرجع مصطلح (Cerebral) إلى شقي المخ. أما المصطلح (Palsy) فهو وصف للقصور المتمثل في عجز الجسم عن الأداء الحركي المناسب ، ولهذا فإن القصور لاينتج عن تلف في الأعصاب أو العضلات وإنما هو ناتج عن إصابة الجهاز العصبي المركزي في المخ ، والذي يؤدي إلى اضطراب في قدرة المخ على التحكم في حركة الجسم بشكل ملائم. (أنسي قاسم ، ٢٠٠١)

- الشلل الدماغي مصطلح يشير إلى شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي.
- هو نوع من العجز الحركي ينتج عن إصابة المخ بنوع من التلف.
- هو تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.
- هو اصطلاح يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة بدماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا المناطق المسئولة عن الحركة ومعرفة القوائم والتوازن ، وذلك أثناء فترة نموه الطبيعي أي بعد تكونه جنيناً وحتى اكتمال الثانية من العمر.

- مجموعة من الأعراض تتمثل فى ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل فى بيئة الجهاز العصبى المركزى أو نموه.
- هو مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من مظاهر القصور المزمن فى الحركة.
- يظهر فى السنوات المبكرة من عمر المصاب.

وتشير الدراسات إلى أن الشلل الدماغى ينتج عن قصور فى نمو الجنين ، نتيجة قصور أو نقص فى نموه ، أو نقص فى الأوكسجين أثناء عملية الولادة ، مما يؤثر على خلايا المخ ، أو نتيجة للحصبة الألمانية.

التشخيص التصنيفي الفارقي لأنواع الشلل الدماغي:

١- الشلل الدماغى التقلصى (التشنجى) Spasticity

يعنى بالتقلص وجود شد أو تقلص فى العضلات مما يجعل الحركات بطيئة وضعيفة ، وهذا النوع أكثر انتشاراً فتشير الإحصائيات إلى أن ٥٠% من حالات الشلل الدماغى تندرج تحت هذا النوع.

ويتسبب هذا النوع من الشلل فى فقدان الطفل لتوازنه ، وتظهر حركات لاإرادية مع تشنجات عضلية فى عضلات مختلفة حسب الإصابة.

والتعليمات القادمة من الجزء المصاب من الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية ، لذا فإن الطفل يجد صعوبة فى التحرك والتخلص من هذه الأوضاع ، وهذا يسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات ، فهم دائماً يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة ، وبالتدريج ممكن أن تتكون تشوهات وصفية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض ، أو الركبتين أو الأصابع أو القدمين.

كما تصبح عضلات الجسم ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقائها في أوضاع معينة ويصاحب هذا النوع من الشلل عدة إعاقات مثل الإعاقة السمعية ، البصرية ، الصرع ، اضطراب الوجدان والتفكير بسبب إصابة القشرة الدماغية والتى تكون مسئولة عادة عن الوظائف الحيوية في مراكز الدماغ العليا.

ويقسم هذا النوع من الشلل الدماغى التشنجى إلى أنواع أربع هى:

أ- **الشلل التشنجى الرباعى Quadriplegia:** الذى يشمل جميع أطراف الجسم العليا والسفلى ، وقد تتساوى جميع الأطراف فى شدة الشلل وقد تختلف عن بعضها فى الشدة ، وتكون قدرة الطفل على التنقل والحركة ضعيفة جداً ويعانى من صعوبة فى التكيف ولايستطيع التحكم فى وضع رأسه ، ولا يستطيع أن يعبر عن حاجاته ولايستقل عن الآخرين فى قضاء حاجته.

ب- **الشلل التشنجى السفلى:** تكون الأطراف السفلى مصابة أكثر من الأطراف العليا ، ويستطيع التحكم برأسه إلى حد ما ، لكنه لايستطيع ضبط حركات العينين ، وتبدو الأعراض واضحة عندما يقترب الطفل من السنة الأولى من عمره. وقد تشمل الإصابة ثلاثة أطراف تكون عادة الساقين وأحد الذراعين ولذلك يطلق عليه اسم الشلل التشنجى الثلاثى Thiplegia.

جـ- **الشلل التشنجى النصفى Hemiplegia:** تكون الإصابة إما فى النصف الأيمن أو النصف الأيسر من الجسم ، ويصعب على الطفل أن يحرك رجله فى الجزء المصاب من الجسم ، ويتأخر المشى عنده ، وتحدث للطفل تشوهات وضعية فى أصابع القدمين.

د- الشلل التشنجي الطرفي (أو المنفـــرد) **Monoplegia**: تكـــون الإصابة في طرف واحد من الجسم في إحـــدى الأيـــدي أو إحـــدى الأرجل ، وهو من الأنواع نادرة الحدوث.

٢- الشـــلل الدمـــاغي الالتوائـــي (التخبطـــي) أو الكنعـــاني Athetosis

ويتمسم بالحركات اللاإرادية الناتجة عن تموج حركة العضـــلات ، مما يؤدي إلى عدم التحكم في حركة اليدين والقدمين وعدم التحكـــم فـــي عضلات الوجه واللسان مما يؤدي إلى صعوبة فـــي تناسـق الحركـــات اللازمة للكلام.

وتكثر حركة المصاب بهذا النوع من الشلل وتخف الحركة فـــي حالة الاسترخاء وتختفي أثناء النوم ، ويصيب حوالي ١٠% مـــن حـــالات الشلل الدماغي.

وأهم أعراضه:

الاهتزاز المستمر / الحركة غير المعتدلة بطيئة أو سريعة تحدث في قدميه أو يديه / يكون الفم مفتوحاً ويخرج اللسان / ســـيلان اللعـــاب / التواء الوجه / عدم توازن الرأس والرقبة والكتفين / محدودية القدرة علـــى الكلام. هذا ولايتأثر أداؤه العقلي بهذا الشلل لأن موقع الإصابة بعيدة عـــن مراكز الدماغ العليا. ويصنف إلى نوعين:

أ- **شلل توتري**: حيث يحدث توتر عضلي شديد.

ب- **شلل غير توتري**: حيث يحدث حركات التوائية دون توتر عضلـــي شديد.

٣- الشلل الدماغى التخلجى (اللاتوازنى) Ataxia

ينتج عن إصابة المخيخ الذى هـــو مركـــز ومنســق حركـــات العضلات والتوازن ، وتكون حركات الطفل غير متزنة ، يسير بخطـــوات واسعة ، ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن ، كما أنه يؤدى إلى حركات غير منتظمة فى العينين ، وهذا يؤدى إلى صعوبة التوجيه الحركى المكانى ، ويكتشف عندما يبدأ الطفل فى المشى ، فيمشى ويداه ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه ، لذا يتم وصفهم بالسكارى.

٤- الشلل الدماغى الارتعاشى Tremor

يظهر هذا النوع من الشلل الدماغى أشكال مختلفة من الارتعـــاش ، وقد يكون هذا الارتعاش شديدا أو خفيفا ، بريعا أو بطيئا ، وقد يقتصـــر عادة على مجموعات معينة من العضلات ، ويبدو على وتـــيرة واحـــدة ، ويكون لاإراديا تماما ، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأى حركـــة للعضلات.

٥- الشلل الدماغى التيبسى Rigidity

وهو نادر الحدوث ، ويتسبب فى حدوث تشنجات شديدة جـــدا ، وتوتر عضلى بالغ الشدة ، ويقاوم صاحبه الحركة ، وتكون الإصابة فيـــه رباعية ، ومصحوبة بصغر فى رأس المصاب ، وبتخلف عقلى شديد.

٦- الشلل المختلط Mixed

ويحدث عندما يصاب الطفل بأعراض لأكثر من نوع من أنـــواع الشلل ، وتكون الأعراض الرئيسية للطفل المصاب لأحد أنـــواع الشـــلل واضحة وظاهرة مع وجود بعض الأعراض الأخرى بشكل ثانوى لأنـــواع أخرى.

من العرض السابق نجد أن هناك مظاهر عامـــة مشـــتركة فـــى أنواع الشلل الدماغى تبدو فى (والتى تعتبر دلالات تشخيصية هامة):

- الشلل الحركى. - الضعف الحركى.
- ضعف التآزر الحركى. - الاضطراب الحركى كالحركات اللاإرادية.

وهناك تصنيف آخر للشلل الدماغى تبعا لشدته إلى:

١- **شلل دماغى بسيط:** حيث يعانى الطفل من مشكلات بسيطة لاتستلزم العلاج ، فيمكنه الاعتناء بنفسه ، ويمكنه المشى دون استخدام أجهزة أو أدوات مساندة ، ولايحتاج لتدخل علاجى ، ويمكنه الاستفادة من البرامج التربوية العادية.

٢- **شلل دماغى متوسط:** يكون بطيئا جدا ، ويتطور لدى المصاب بهذا النوع القدرة على ضبط حركات العضلات الدقيقة ، فيمكنه تعلم المشى فى النهاية باستخدام أدوات مساندة أحيانا.

٣- **الشلل الدماغى الشديد:** تكون الإعاقة الحركية شديدة ، فتعوقه عن قدرته على العناية الذاتية ، أو الحركة المستقلة أو التواصل مع الآخرين ، والعجز عن التنقل ، ولذا فهو يحتاج للتدخل العلاجى المنظم والمكثف ، والتدريبات المتواصلة للحد من أثار الشلل على الوظائف الحياتية للمصاب.

وهناك تصنيف آخر لأنواع الشلل الدماغى هى:

١- شلل فى طرف واحد من أطراف الجسم الأربعة Monoplegia.

٢- الشلل النصفى Hemiplegia ، المتمثل فى إصابة طرفين فى جهة واحدة من الجسم (اليد اليمنى مع الساق اليمنى ، أو اليد اليسرى مع الساق اليسرى).

٣- شلل النصف الأسفل من الجسم Paraplegia ، وهو إصابة الساقين بالشلل.

٤- الشلل الثلاثى Triplegia ، ويتمثل فى إصابة ثلاثة أطراف ، وغالبا ما يكون كلتا الساقين ويدا واحدة.

٥- شلل الأطراف الأربعة Diplegia ، مع ازدياد حدة الشلل فى الساقين عنها فى الذراعين.

٦- الشلل الرباعى Quadriplegia ، حيث تتساوى الأطراف الأربعة فى حدة الإعاقة.

٧- الشلل الارتعاشى Spasticiy أو التشنجى ، ويتميز بعدم قدرة العضلات على التقلص بشكل طبيعى مما يؤدى إلى اهتزاز الجسم وارتعاشه أثناء القيام بالحركة أو المشى.

٨- الحركات اللاإرادية Athetosis ، وتنتج عن تموج حركة العضلات ، مما يؤدى إلى عدم التحكم فى حركة اليدين والقدمين وعدم التحكم فى عضلات الوجه واللسان مما يؤدى إلى صعوبة فى تناسق الحركات اللازمة للكلام فيما يعرف باسم Dysaryhria.

٩- الهزع أو التخلج Ataxia ، ويتميز بعدم القدرة على التنسيق بين حركات العضلات الإرادية ، مما يؤدى إلى عدم التوازن فى المشى وعدم الثبات وابتعاد الأقدام عن بعضهما بشكل غير طبيعى ، فلا يستطيع المعاق المشى بسرعة ، كما يصاحب هذه الإعاقة صعوبة فى ارتداء الملابس ، وصعوبة فى الكتابة وصعوبة فى الكلام نتيجة لعدم القدرة على التحكم بعضلات الشفاه.

١٠- الشلل التيبسى Rigidity ، ويتمثل بالتوتر الشديد عند محاولة تحريك الأطراف نظرا لعدم مرونة عضلات الأطراف.

١١- الشلل الاسترخائي Atonic ، ويتمثل في ترهل عضلات الجسم مما يؤدى إلى صعوبة التنسيق بين حركات أعضاء الجسم المختلفة. (أنسي قاسم ، ٢٠٠٠)

أهم الملامح التشخيصية (المشكلات) للشلل الدماغي:

١-إصابة الطفل بالتخلف العقلي.

٢-الإعاقة السمعية.

٣-الإعاقة البصرية / الحول / أخطاء الانكسار مثل طول النظر ، وقصره ، والاستجماتزم وغيرها / المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري مثل صعوبة التمييز البصري ، والتآزر البصري – الحركي ، والتمييز البصري للشكل والأرضية / تذبذب سريع ودائم في حركة مقلتي العين بسبب الخلل الوظيفي.

٤-عيوب النطق والكلام: كالحبسة أو الأفيزيا ، وعسر الكلام ، وتأخر الكلام ، وعدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها (الإبراكسيا).

٥-الاضطرابات الإدراكية السمعية والبصرية والحسية.

٦-اضطرابات النمو الحسي والانفعالي والتنفسي والاجتماعي.

٧-مشكلات صعوبات التعلم المتمثلة في نقص القدرة على السمع والتفكير والكلام والقراءة والكتابة والتهجي والحساب.

٨-صعوبات تتعلق بمطالب النمو العامة مثل:

- صعوبة تناول الأطعمة.
- اضطراب في نمو الثقة بالذات وبالآخرين.
- تأخر في تعلم النطق.

- تأخر في الدراسة والكتابة.
- لايستطيع الاعتماد على نفسه في قضاء حاجياته اليومية.
- عدم تعلم المهارات الحسية والاجتماعية.

٩- اضطرابات في النمو الحركي والجسمي والعصبي:

- صعوبة في امتصاص حلمة الثدي.
- خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية.
- صعوبة في البلع.
- الوهن العضلي.
- صعوبة في التآزر الحركي البصري وصعوبة استخدام القلم عند الكتابة ، واللسان عند الشرب والمضغ.
- هشاشة العظام والتوائها.
- صعوبة في الإخراج.
- صعوبة في رفع الرأس والجذع عند نومه على بطنه.
- انخفاض معدل الوزن والقزامة.
- عدم قدرته على التعرف على من حوله.
- عدم القدرة على الجلوس وحتى بمساعدة الآخرين.
- تأخر في النهوض من وضع الجلوس والوقوف.
- مشكلات تتعلق باضطرابات عادات الأكل.
- يعاني من تسوس الأسنان وتلفها.
- عدم مرونة العضلات الناتجة عن الروماتيزم والكسور أو الناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.
- صعوبة القدرة على الوقوف.
- صعوبة في ضبط المثانة.

- قد يعاني من حالات الصرع.
- عجز واضح في اضطراب ونمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقري.
- صعوبات القراءة مع التركيز وتشتت الانتباه.
- صعوبات في التذكر والاسترجاع.

ومن خلال معرفة الأسباب المؤدية للمرض يمكن مقاومته والوقاية من حدوثه من خلال تلافي حدوث الأسباب المؤدية له.

ويجب الأخذ في الاعتبار أن الذين يعانون من الشلل الدماغي يتمتعون بقدرات ذكاء عادية ، إلا أن حوالي ٧٠% منهم يعانون من صعوبات في الكلام واللغة ، بجانب قصور في الحواس المختلفة ، ويذكر كمال سيسالم (٢٠٠١) أن هذا المرض يعد من الإعاقات غير المتطورة وغير المعدية ، كما أنه غير قابل للعلاج أو الشفاء ، ولهذا فالمعاق يحتاج إلى العلاج الطبيعي المتواصل حتى تظل العضلات مختلفة بقدرتها الحالية ، كما يحتاج إلى ارتداء الحزام ، وإلى لبس القبعة الواقية عند التنقل لتجنب إصابة الرأس والعمود الفقري عند السقوط على الأرض.

١٠- اضطرابات نفسية: خجل / انطواء / انسحاب / عزلة / حزن / اكتئاب / تشتت وخوف وقلق / اضطرابات نفسية عصابية / الشعور بالحرمان / شعور بالذنب والعجز والقصور.

١١- اضطرابات تربوية واجتماعية:

- انطواء اجتماعي.
- يعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي.
- صعوبة التفاعل الاجتماعي.
- الخجل من استهزاء الآخرين بهم.

- الشعور بالحرمان الاجتماعي.
- الانسحاب من المدرسة.
- العدوان وإيذاء الذات.
- السرقة والغش والكذب.
- صعوبات في القراءة والكتابة.

أدوات التشخيص للمعاقين حركيا والمشلولين دماغيا:

- ملاحظة الطفل مباشرة.
- مقابلة الوالدين والأشخاص المهمين في حياته.
- استخدام أدوات لقياس الإدراك البصرى والحدة البصرية والإدراك السمعي والحدة البصرية.
- استخدام أدوات ملائمة لقياس مهارات التمييز: تميز الألوان والأشكال والأحرف والأرقام.
- استخدام مقاييس المهارات اللغوية التعبيرية والاستيعابية.
- استخدام مقاييس التنظيم الإدراكي ، والذاكرة والقدرات العقلية.
- استخدام مقاييس المهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات.
- استخدام مقاييس اضطرابات الشخصية متعددة الأوجه.
- الفحص الطبي للجوانب الجسمية والعصبية المختلفة.
- الفحوصات والتحاليل المعملية التي تحدد الجوانب المختلفة المرتبطة بالشلل الدماغي أو شلل الأطفال.
- الفحص الكلينيكي والعيادى من قبل أطباء الأطفال.

- استخدام مقياس السلوك التكيفى الذى يركز على: الأداء المستقل / النمو الجسمى / النمو اللغوى / النشاط المهنى / الاجتماعى / تحمل المسئولية.

رابعا: تشخيص اضطراب فرط النشاط / اضطراب الانتباه

لايجوز الفصل بين اضطراب فرط النشاط واضطراب الانتباه لتداخلهما فى الخصائص والسمات معا ، إلى الحد الذى أطلق عليه الغالبية اضطراب الانتباه المرتبط (المصطحب) بفرط النشاط أو اضطراب فرط النشاط المصطحب باضطراب الانتباه ، وعادة ما يظهر فى سن السابعة ولم يزداد نموه مع الاضطراب على الرغم من وجود اعتقاد خاطئ شائع أنه كلما قل فرط النشاط تصل سعة الانتباه للمدى السوى ويتفوق نمو الطفل عليه ، وغالبا ما تستمر الأعراض المضطربة طوال حياة الفرد (Werdes, 1987)

من هنا كان من الضرورى مناقشة المشكلة السلوكية (فرط النشاط) فى توازى مع المشكلة التربوية (اضطراب الانتباه).

تعريف فرط النشاط:

- مجموعة من الأعراض السلوكية الشائعة لدى الأطفال ، ويتميز بصعوبة فى التركيز واندفاع فى السلوك والانفعال كما تتضمن عدوانية وعصيانا وسلوكا لااجتماعيا مما يثير سخط الوالدين والمعلمين والأفراد على هذا الطفل. (عزة زكى ، ١٩٨٥)

وتعرفه المؤلفة إجرائيا:

بأنه طفل يزيد نشاطه في مواقف لاتتطلب هذا السلوك الزائد ، كما أن سلوك فرط النشاط هذا يكون غير مقبول اجتماعيا ، ويكون لديه ميول عدوانية وتدميرية ، ولديه مجموعة من المشكلات السلوكية التي تتمثل في الاندفاعية والتهور في التصرفات والسلوك ، مع صعوبة إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه ، وصعوبة وقصور في تركيز انتباهه لفترة طويلة ومن ثم السرحان وشرود الذهن ، وعدم الاستماع أو الإنصات للمتحدث من حوله ، وعدم الدقة في أداء الأعمال ، مما يؤدي إلى سوء توافقه الشخصي والاجتماعي.

تعريف اضطرابات الانتباه

- اضطراب يشمل كل من الشكل التلقائي والارادي للانتباه ويدور حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب ، وعدم القدرة على التأثر بالأحداث ، مع قصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن. (Hends et al في ابتسام السطيحة).
- اضطراب يصيب الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز انتباهه ويتسم بالاندفاعية ، وفرط النشاط ، وتزداد هذه الأعراض بشدة في المواقف التي تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته أو التحكم الذاتي ، ويظهر أيضا لدى الطفل الذي لديه اضطرابات في الانتباه قصور في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي وقصور في الوظائف الاجتماعية. (Psychological Encyclopedia, 1986)

التشخيص التصنيفي الفارقي لاضطراب الانتباه وفرط النشاط:

١- التصنيف الثنائي:

جاء في دليل التصنيف الطبي الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكي المعدل (DSM-III-R 1987) أن كل من اضطراب الانتباه ، وفرط النشاط عرضان مندمجان مع بعضهما وأطلق عليهما مصطلح اضطراب الانتباه وقسم هذا التصنيف للأطفال مضطربي الانتباه إلى فئتين هما:

١- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب في الانتباه المصطحب بفرط النشاط.

٢- فئة الأطفال مضطربي الانتباه بدون فر ط نشاط مصاحب.

٢- التصنيف الثلاثي:

إلى أن جاء دليل التصنيف الطبي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكي (D.S.M. VI- 1994) وميز بين ثلاثة أنواع من اضطرابات الانتباه:

١- اضطراب الانتباه المصطحب بفرط النشاط:

Attention deficit Hyper activity disorder combined

ويصطحب هذا النوع ستة أعراض لفرط النشاط بجانب الاندفاعية وينتشر بين كل من الأطفال والمراهقين.

٢- اضطراب الانتباه غير مصطحب بأعراض فرط النشاط:

Attention deficit Hyper activity disorder / predominantly intention type.

ويصحب هذا النوع ستة أعراض لاضطراب الانتباه فقط.

٣- فرط النشاط غير المصطحب باضطراب الانتبـــاه (أو انخفـــاض واضح في اضطراب الانتباه).

Attention deficit Hyper activity disorder / predominantly typer activity disorder.

ويصطحب هذا النوع ستة أعراض لفرط النشاط ، مع انخفـــاض واضح لأعراض اضطراب الانتباه.

٣- التصنيف الرباعي:

حيث أسفرت نتائج دراسة قامت بها ابتسام الســـطيحة (١٩٩٢) لتشخيص هؤلاء الأطفال عن وجود أربع فئات للأطفال مضطربي الانتبـــاه ، هم:

١- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه فقط Attention (ADD) .deficit disorder

٢- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشـــاط. +ADD .H Hypractive

٣- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع صعوبات التعلم. .ADD+ LD (learning disability)

٤- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط وصعوبات التعلم. HDDH + LD

العلامات والمظاهر التشخيصية العامة لاضطــراب الانتباه / فرط النشاط:

١- صعوبة التركيز.

٢- اضطرابات في الذاكرة والإدراك مع صعوبة تكوين المفاهيم.

٣- انخفاض في معدل التحصيل الدراسي. ٤- التشتت والتناقض.

٥- فوضوية وتشوش في السلوك.
٦- قصور الانتباه وسهولة تشتته.
٧- عدم الاستقرار.
٨- الاندفاعية.
٩- العجز عن تكملة الأعمال الموكلة إليه.
١٠- انخفاض تقدير الذات.
١١- مشاعر الإحباط.
١٢- نوبات انفعالية حادة.
١٣- المعارضة المتشددة.
١٤- اضطرابات التواصل وضعف القدرة على التحدث.
١٥- التبرز اللاإرادي والتبول اللاإرادي.
١٦- تصدع الإدراك الحركي.
١٧- ضعف القدرة على الإنصات الجيد.
١٨- ضعف القدرة على التفكير
١٩- تأخر الاستجابة.
٢٠- النشاط الحركي الزائد الذي يؤدي إلى الضجر للمحيطين به.
٢١- لوم الآخرين وانتقادهم.
٢٢- عدم الثبات الانفعالي.
٢٣- النسيان المستمر.
٢٤- يصعب عليه اللعب بنشاط وهدف.
٢٥- كثرة الأخطاء في الواجبات المدرسية و كذلك المنزلية.
٢٦- سهولة فقدان الأشياء منه.
٢٧- يكرة الأعمال التي تحتاج إلى جهد عقلي.
٢٨- لامبالاة وعدم الاستماع لحديث الآخرين.
٢٩- صعوبة الإصغاء.
٣٠- السيطرة ، والعناد ، والقلق.
٣١- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط.
٣٢- اضطراب التوافق الاجتماعي والأسري.

٣٣- انخفاض الأداء على مقاييس الذكاء بشكل نسبي.

[(D.S.M. – VI – 1994, Marshall, P. (1989), Barkley. R.A, (1990), Becker, R.D, (1976), محمد كامل (٢٠٠٠) ابتسام ، جمعة يوسف [السطيحة (١٩٩٢)

أهم الملامح التشخيصية الأساسية المصاحبة لاضطراب فرط النشاط: (زملة الأعراض):

يتضمن الخلل ADHD مجموعتين رئيسيتين من الأعراض: عدم الانتباه ومزيج من السلوكيات العفوية والمفرطة الحركة ، وبشكل عام فإن معظم الأطفال يكونون أكثر نشاطا واندفاعا وقابلية للشرود (تشتت الانتباه) ، وهناك العديد من المظاهر السلوكية المصاحبة لفرط النشاط ، على أن تكون أكثر أهمية وأشد خطورة في حياة الطفل ، وبالرغم من تعددها إلا أنه يشترط توافر ثلاثة مظاهر أساسية لدى ذوى فرط النشاط هي: سلوك فرط النشاط الحركي ، الاندفاعية ، قصور الانتباه ، وفيما يلي مجمل المظاهر المختلفة المصاحبة لاضطراب فرط النشاط:

١- **فرط النشاط الحركي Hyperkinesis:** حالة تتميز بنشاط حركي مفرط وبالغة وقلة الانتباه والاندفاع والتهور ، وتبدو أعراض فر ط النشاط في: كثرة الحركة ، صعوبة القدرة على الثبات ، الخروج من المقعد والتجول في الفصل أو المدرسة أو المنزل بدون سبب واضح ، عدم التناسق الحركي ، غير مبال ، عدم الارتقاء بالسلوك المناسب لنموه الزمني ، نشاط زائد للحركات الكبرى ، يتحرك ويهتز باستمرار ، السلوك السيئ غير المقبول اجتماعيا ، مشاكس ، التأرجح على الكرسي ، عدم الاستقرار في مكانه ، الإزعاج وإحداث الضوضاء في المكان الذي يتواجد فيه ، لا ينتظر

دوره في اللعب ، السلوك المشوش غير الواضح ، يتململ بيديه وقدميه وفي جلسته ، الكلام والضجيج ، الركض أو القفز (إبراهيم كاظم ، ١٩٨٨ ، ٢٠٤ ، DSM – IV - 1994 ، باركلي ، أ ، ر ، ١٩٩٩ غسان يعقوب ، ١٩٩٥ ، أحمد عكاشة ١٩٩٢ ، Carlson, CL. & Others, 1997).

٢- الاندفاعية Impulsivity: تبدو في صعوبة ضبط السلوك ، وصعوبة التركيز ، وعدم الاستماع للمدرس حتى ينتهي من السؤال ومن ثم يخطئ الطفل في الإجابة ، السلوك المندفع وما ينتج عنه من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي ، عدم اتباع التعليمات ، الاندفاع في الحركة ، صعب الترويض ، معاند ، لا يمكن ضبطه أو التحكم في سلوكه ، ينتقل من عمل لآخر دون الانتهاء من الأول ، عدم الاستقرار ، غير مطيع اجتماعيا ، لا يحترم الآخرين ولا ينصت إليهم ، يكون مشدودا لمثيرات ومنبهات غريبة وبصورة مندفعة ، كثير التدخل في شئون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك ، الهروب من الأنشطة المطلوبة منه ، كثير الكلام ، يصعب عليه الانتظار لدوره في اللعب أو المواقف الاجتماعية. آلية الاستجابة قبل التفكير ، التغير المفاجئ في النشاط ، نقص التنظيم.

٣- العدوانية Aggerssion: يتميز الطفل ذو فرط النشاط بممارسة كل من السلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي ، الركل ، الضرب ، استخدام الألفاظ البذيئة ، اللعب بعصبية يؤذي الآخرين من حوله ، يمزق ملابس غيره ، يكسر ويحطم أثاث الفصل والمنزل ، يفقد الأشياء الهامة مثل القلم أو الكتاب أو أدوات اللعب ، يشترك في نشاطات جسدية خطيرة مثل عبور الشارع بدون النظر إلى الطريق ،

وقذف الحجارة على السيارات ، وعدم الطاعة وسماع الكلام ، كثرة شكوى الآخرين منه ، فقدان القدرة على الاندماج مع الآخرين بسبب السلوك العنيف الصادر منه / العصبية المستمرة ، يتحرش برفاقه أثناء الدرس ، دكتاتورى مسيطر ، متمرد ، غير مستأنس ، يصعب عليه ضبط سلوكه والتحكم فيه (Carlson , CL , 1997 , Jensen .P.S & Others 1997 , DSMIV - 1994).

٤- اضطراب الانتباه **Inattention**: صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة ، الفشل الدراسى الناجم عن صعوبة الاستماع والتركيز ، تشوش الأفكار ، صعوبة تشغيل الذاكرة ، صعوبة حل المشكلات ، صعوبة التعلم ، صعوبة التحكم فى نظم الرموز المجردة ، انخفاض اكتساب المهارات الرياضية الأساسية فى المرحلة الابتدائية ، الأداء الضعيف فى الاختبارات الادراكية التى تتطلب التركيز ، صعوبات مدرسية تعليمية وسلوكية ، اضطرابات اللغة النمائية ، الفشل فى الانتهاء من إنجاز المهارات ، ضعف الباعث الادراكى الجسمى ، اضطراب الذاكرة والتفكير ، صعوبة القراءة ، اضطراب الكلام ، نقص فى التنظيم المعرفى للمعلومات ، صعوبة التركيز والانتباه لشرح المدرس ، غير قادر على متابعة التحصيل ، عدم القدرة على تكملة الأعمال التى بدأها.

(Lazar. J.W , et al, 1998 , Biederman , J & Others , 1998 , Harold. I & and Others 1997, weiss. R.E. & Others, 1997, Kuhne & Others 1997 , Marshall, RU & Others, 1997)

٥- الحالة الانفعالية والمزاج **Temperamental**: أجريت العديد من الدراسات مثل دراسات كل من: Carlon , C.L & Others Jensen , P.S & Others (1997) , Oosterioaan , J.&

Others (1998), Kuhne, M. & Others (1997).وأسفرت نتائج هذه الدراسات فى مجموعها عن مجموعة من المظـــاهر الانفعاليـــة والشخصية المميزة لهؤلاء الحالات منADHD منها: القلق ، تقلـــب العواطف ، عدم الاندماج مع الزملاء ، ضعف تقدير الذات واحترامها ، عدم القدرة على تحمل الإحباط ، سوء التوافق النفسى والاجتمـــاعى ، صعوبة التحكم فى الاستجابة وكبتها ، احتقار الـــذات ، الانســـحاب والانعزال الاجتماعى ، العجز عن استمرار المنافسة التى تؤدى إلـــى الهزيمة وشعور الفشل والإحباط ، سريع الانفعال ، عصبى المـــزاج ، حساس غير مقاوم للإحباط ، تنتابه نوبات انفعاليـــة حـــادة ، ضجـــر مفرط فى المواقف التى تستدعى هدوء نسبى ، صعوبة التوافق مـــع البيئة ، قابلية للبكاء بسهولة ، الخوف الزائد.

تشـخيص اضطـــراب فـــرط النشـــاط / اضطـــراب الانتباه:

أجريت العديد من الدراسات من أجل تشخيص فرط النشاط أمثال دراسات: (باركلى أ ، ر (١٩٩٨)

[Glickman , MM et al (1998) , Milberger , S & Others (1997), Greene , RW & Others (1997) , Sunobare , GA, & Others (1997), Klein , GR & Others (1997) , Vaughn, ML & Others (1997), Pliszka, SR & Others (1997), Fox , AR et al (1997) , Levy, F et al (1997)]

وقد توصلت هذه الدراسات إلى وجود عدة اعتبارات هامة عند تشخيص ADLD:

- ضرورة استخدام قائمة تقدير سلوك الطفل من دليل التشخيص الاحصائى الطبى للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسى الامريكي وخاصة DSM-IV-1994, DSM– III –1987 .
- فعالية استخدام قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل.
- أن يشترك الوالدين والمعلم فى تشخيص حالات ADHD على كلتا القائمتين.
- يشترط تواجد ستة أو أكثر من أعراض نقص الانتباه ، أو ستة أو أكثر من أعراض فرط النشاط والعفوية.
- أن تكون المظاهر المرضية متواترة ومستمرة ستة أشهر على الأقل إلى الحد الذى يضعف معه تلاؤم الشخص مع مرحلته التطورية.
- أن تسبب بعض الأعراض تلفا ما قبل سن السابعة ، وتلفا فى منحنيين على الأقل من حياة الطفل فى سن السابعة.

هذا وقد أوضح دليل التصنيف الطبى الأمريكى الرابع أن الحالات التى تشخص بهذا الاضطراب لابد أن تستوفى المحكات التالية:

(أهم محكات التشخيص)

أ- وجود الأعراض الواقعة تحت رقم (١) أو تحت رقم (٢) مما يأتى:

١- ستة أو (أكثر) من الأعراض التالية لنقص الانتباه تكون مستمرة لمدة ٦ شهور على الأقل لدرجة تبدو غير تكيفية وغير متسقة مع مستوى ارتقاء الأعراض هى:

١- الفشل فى إعطاء انتباه كامل للتفصيل أو عمل أخطاء ناجمة عن عدم العناية فى العمل المدرسى أو العمل عموما ، أو أى أنشطة أخرى.

٢- لديه صعوبة فى الانتباه المستمر فى المهام أو نشاطات اللعب.

جـ- يبدو – غالبا – أنه لا يسمع عندما يتم التحدث إليه مباشرة.

د- لا يتبع التعليمات ويفشل فى إنهاء الأعمال المدرسية ، والأعمال الروتينية أو الواجبات فى مكان العمل (ولا يرجع لسلوك العناد ، أو الفشل فى فهم التعليمات).

هـ- لديه صعوبة فى تنظيم المهام والنشاطات.

و- ويتجنب ويكره أو ينفر من الانخراط فى المهام التى تتطلب جهداً عقليا متصلا (مثل الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية).

ز- عادة ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام والأنشطة (كاللعب ، والأغراض المدرسية كالأقلام والكتب أو الأدوات).

ح- من السهل تشتت انتباهه بالمثيرات الخارجية.

ط- كثير النسيان للنشاطات اليومية.

٢- ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية للنشاطات المفرط / الاندفاعية تكون مستمرة لمدة ٦ أشهر على الأقل بدرجة تبدو غير تكيفية وغير متسقة مع المستوى الارتقائى:

أولا: النشاط المفرط:

أ- يظهر التململ بواسطة اليدين أو القدم أو تحريك المقعد.

ب- يترك مقعده – عادة – فى الفصل أو فى المواقف الأخرى عندما يكون بقاؤه فيها متوقعا.

جـ- يجرى ويقفز بشكل كبير فى المواقف التى تكون فيها تلك الأفعال غير ملائمة (فى المراهقة والرشد قد تكون قاصرة على الشعور الذاتى بعدم الراحة).

د- لديه صعوبة فى اللعب أو الانخراط فى نشاطات الفراغ بهدوء.

هـ- دائم الحركة كما لو كان مدفوعا بواسطة آلة أو ماكينة.

و- يتكلم ويثرثر كثيرا.

ثانيا: الاندفاعية:

ز- يندفع في الإجابة قبل أن تكتمل الأسئلة.

ح- لديه صعوبة في انتظار دوره.

ط- يزعج الآخرين أو يربكهم ويقاطعهم (كالتدخل في الحديث أو اللعب).

ب- أن تكون بعض أعراض النشاط المفرط - الاندفاعية أو نقص الانتباه التي تسبب العجز موجودة قبل سن السابعة.

جـ- بعض القصور الناتج عن الأعراض يكون موجودا في اثنين أو أكثر من المواقف (مثل المدرسة أو العمل أو في المنزل).

د- ينبغي أن يكون هناك دليل واضح على وجود عجز إكلينيكي جوهري في الأداء الاجتماعي ، والأكاديمي ، والمهني.

هـ- لا تحدث الأعراض أثناء مسار اضطراب نمائي عام، أو الفصام ، أو اضطرابات ذهانية أخرى ، ولا تعزى لأي اضطراب نفسي آخر (كاضطراب المزاج أو القلق ، أو الاضطراب الانشقاقي أو اضطراب الشخصية).

وبعد ذلك يتم تحديد نمط الاضطراب (المختلط ، أو نقص الانتباه هو العرض البارز / أو النشاط المفرط - الاندفاعية هو النمط البارز).

أهم أدوات تشخيص اضطراب الانتباه / فرط النشاط:

نظرا لتعدد الأبعاد التشخيصية لاضطراب الانتباه / فرط النشاط ما بين الاضطرابات السلوكية ، والاضطرابات الإدراكية المعرفية. والاضطرابات الانفعالية ، لابد من تنوع أساليب الكشف عنهم. وأهم هذه الأدوات:

- الدليل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي DSMIII والذى يقيس أربع أبعاد فرعية:

– عدم القدرة على الانتباه. – فرط النشاط.
– الاندفاعية. – التفاعل مع الأقران.

وتطبق عن طريق الوالدين.

- قائمة تقدير سلوك الطفل إعداد كونرز ، وتعتمد أساسا على تقدير المعلم لسلوك الطفل ، وتتوزع درجات المقياس إلى فئات نوعية هي:

– السلوك داخل حجرة الدراسة. – المشاركة في نشاط الجماعة.

وتستخدم فى قياس الأبعاد الخمس التالية التى تميز هذا الاضطراب وهى:

– العدوانية. – القلق. – اضطراب الانتباه.
– فرط النشاط. – الاجتماعية.

- الاختبارات الأدائية التى يقوم بها الطفل نفسه وهى:

١– اختبار وكسلر للذكاء.
٢– اختبار مضاهاة الأشكال. إعداد كاجان وزملائه.
٣– اختبار بندر جشطلت البصرى الحركى.

- اختبارات تقيس الانتباه السمعى والبصرى:

١– اختبار تزاوج الأرقام. ٢– اختبار الشطب.

- المقابلات الكلينيكية.
- الملاحظة المباشرة وغير المباشرة لسلوك الطفل.
- مقياس تقييم المهارات الاجتماعية.
- مقياس النشاط الزائد للأطفال.
- مقياس الاندفاعية عن اختبار تزاوج الأشكال المألوفة لكاجان.

الباب الثاني

التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة للمعاقين (حركياً - انفعالياً)

أولاً: المقعـــد - شلل الأطفال - شلل الدماغ.

ثانيـاً: فـرط النشـاط المصطحـب باضطراب الانتباه.

أولاً: المقعد - شلل الأطفال - شلل الدماغ

أهم أنواع الرعاية للأطفال المعاقين حركياً:

١- الرعاية الصحية العامة:

وتشمل اكتشاف وتشخيص حالة الطفل وتقدير نسبة العجز الحركى الذى يعانى منه الطفل:

- تقديم الخدمات الصحية له والوسائل المعينة كالتحصين وغيرها.
- الوقاية والإرشاد لمنع تعرض المعاق للأمراض.
- أن يكون الإشراف مستمراً ومتيسراً ومتوفراً.
- علاج العجز بالأدوية أو الجراحة أو بالعلاج الطبيعى والمهنى وتوفير الأجهزة التعويضية له كالأطراف الصناعية.

٢- الرعاية النفسية:

ويسعى هذا النوع من العلاج إلى مساعدة المعاق حركياً على التكيف مع نفسه وأقرانه وإخوانه وأبناء مجتمعه وأن يتقبل ذاته وأن يتقبله الأخرون وتخليصه من الشعور بالنقص والمشاعر السالبة عن الذات.

٣- الرعاية الاجتماعية:

وتهدف لمساعدة المعاق على حل مشكلاته الاجتماعية خاصة الاقتصادية منها وتمكينه من القيام بالسلوك الاجتماعى المناسب والتكيف مع بيئته الاجتماعية.

٤- الرعاية التعليمية والترويحية:

وتتمثل فى توفير التعليم الذى يستفيد منه وأن يكون المنهاج منسجماً مع حاجاته وتعليم الطفل المعاق مع الآخرين (الدمج) إذا كانت قدراته الحركية والعقلية تسمح بذلك.

٥- الرعاية المهنية:

أن يكون التوجيه المهني واقعياً ويراعى قدرات الطفل وتعريفه بحاجات العمل. (سعيد العزة).

أهم جوانب تدريب وعلاج المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً:

عند وضع برنامج علاجي أو تأهيلي لهذه الفئة ينبغي أن يشمل جوانب ومهارات الشخصية التالية:

١- **المهارات الحركية:** يجب أن تشمل برامج التدريب القدرات الحركية اللازمة لتأدية النشاطات الحياتية اليومية لدى المعاق، والنشاطات الخاصة بأوضاع الجلوس الصحيحة لتسهل عليه الجلوس والوقوف والمشي، ومهارات استخدام الجهاز التعويضي والأدوات الأخرى.

٢- **التحصيل الدراسي:** وخاصة التحصيل الدراسي الأكاديمي للأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً في القراءة، والكتابة، والحساب.

٣- **المهارات الإدراكية:** تشمل مهارات الإدراك البصري: التمييز البصري، وإدراك الشكل والخلفية، وثبات الشكل، والذاكرة البصرية، والعلاقات الفراغية والاتجاهات، أما مهارات الإدراك السمعي فتشمل: القدرة على التمييز السمعي، والتحليل السمعي، ومزج الحروف، والذاكرة السمعية.

٤- **النمو المعرفي:** يجب أن يشمل البرنامج القدرات المعرفية للفرد وقابليته مما يساعد على تحديد الأهداف الواقعية وتصميم التعليم وتنظيمه للاختبارات المناسبة.

٥- **مهارات التواصل:** تلعب المهارات اللغوية التعبيرية والاستيعابية دوراً بالغ الأهمية في العملية التربوية ، لذا لابد من الاهتمام بها ضمن برامج الرعاية.

٦- **المهارات الاجتماعية:** نظراً لتأثير الإعاقة الحركية والشلل الدماغي على علاقة الطفل بالأشخاص الآخرين من حوله ، وقد تؤثر أيضاً على مفهوم الطفل لذاته لذا يجب إعداد برامج تدخل تفيد في هذا الجانب.

٧- **السلوك التكيفي:** يشير السلوك التكيفي إلى الاستقلال الذاتي وقدرة الشخص على تحمل المسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في عمره ، ومن مجموعته الثقافية.

٨- **الميول والقدرات:** يجب أن تشمل العملية العلاجية الأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً عادة الميول المهنية وغير المهنية ، بهدف إدخال عناصر التهيئة المهنية والإعداد المهني في البرامج التربوية المقدمة في المراحل الدراسية المختلفة ، كما يجب التركيز على القدرات الخاصة مثل الموسيقى ، الفن ، وغير ذلك من أجل تدعيمها وتقويتها.

٩- **المهارات الوظيفية:** يجب أن تتبوأ المهارات الحياتية اليومية الوظيفية مكانة مهمة في برامج الأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً. ومن أجل تحديد المهارات التي اكتسبها الطفل والمهارات التي يحتاج إلى أن يتعلمها ، يجب تقييم مهارات العناية بالذات لديه ، ومهارات التدبير المنزلي ، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية ، والقدرة على التنقل والحركة ، والصحة الشخصية ، وغير ذلك ثم إعداد البرنامج التدريبي الملائم لكل حالة على حدة.

أهداف برامج المعاقين حركياً:

تتلخص هذه الأهداف فيما يلي:

- تعليم الطفل المهارات الحركية اللازمة للقيام بنشاطاته الحياتية اليومية مثل كيفية الجلوس والنهوض واستعمال الحمام وتناول الطعام والمشي ومهارات التآزر الحركي.
- تعليم الطفل المهارات الاجتماعية والتكيف الانفعالي والتعاون مع الآخرين واحترامهم.
- تعليم الطفل المهارات المهنية وتعريفهم بعالم العمل والمهن ومتطلباتها والتوافق المهني وطرق كسب العيش بالطرق الشريفة.
- تعليم الطفل مهارات الاتصال سواء كانت لفظية أو جسمية للتعبير عن أفكاره ومشاعره وفهم الآخرين له وفهمه للآخرين.

ويتحقق ذلك من خلال ترتيبات وشروط معينة في كل من المنزل والمدرسة والصف الدراسي على النحو التالي:

١- المنزل:

- تثبيت قضبان حديدية في الحائط لتساعد الطفل على الوقوف وقد تكون على ارتفاعات مختلفة لتساعد الطفل على المشي.
- توسيع مداخل المنزل.
- أن تكون الغرفة واسعة.
- أن تكون رفوف المطبخ منخفضة.
- أن يكون ارتفاع السرير في غرفة النوم مناسباً لقدرة الطفل للوصول إليه.

٢- غرفة الصف:

ويتمثل ذلك فى إزالة الحواجز المعدة سـواء كـانت نفسـية أو اجتماعية وتزويدها بتجهيزات خاصة بالإدارة والضوء والوسائل المعينـة والتدفئة وغيرها مما يساعد على تسهيل عملية التعلم للطفل المعاق حركياً.

٣- المدرسة:

ويشمل ذلك مراعاة حاجات الأطفال المعاقين حركياً فـى إيجـاد كراسى مريحة ومتحركة لهم وأن تكون المدرسة مكونة من طابق واحـد ووجود عدد كبير من الحمامات ، وأن تكون الغرف واسعة وفيها سـاحات واسعة والمقاعد خشبية ومريحة. (ماجدة عبيد)

برامج ومناهج المعـاقين حركيـا وجسـميا وصحيا واستراتيجياتها:

تتباين درجة الإعاقة الحركية والجسدية والصحية من البسـيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة ، وقد تدرس مناهج المدرسة العادية للأطفـال المعاقين حركيا وجسديا وصحيا إذا كانت قدرتهم العقلية تمكنهم من ذلـك وإلا فقد تكيف أو تعدل أو تبسط المناهج العادية للأطفال المعاقين حركيـا وجسديا وصحيا كل حسب درجته ، وعلى ذلك فقد يكون مـن المناسـب لمعلم الأطفال المعاقين حركيا معرفة كيفية بناء وتطبيق مناهج هذه الفئـة وخاصة مناهج المهارات الحركية الذى يعتبر الأساس فى بناء الفرد مـن النواحى العقلية والانفعالية والاجتماعية.

وتشكل المهارات الحركية والرياضية للأفراد العاديين ، وغـير العاديين ، وخاصة للمعوقين عقليا أساسا جيدا لبناء العديد مـن مـهارات الحياة اليومية والاجتماعية ، والأكاديمية والمهنية ، ومن هنا جاءت أهميـة التعرف على المهارات الحركية والرياضية وقياسها وتدريسها.

تنقسم المهارات الحركية والرياضية إلى قسمين رئيسيين ، الأول ويسمى بالمهارات الحركية العامة ، أما الثاني فيسمى بالمهارات الحركية الدقيقة أو الخاصة وتشكل المهارات الحركية والرياضية أحد الأبعاد الرئيسية فى مناهج الأطفال غير العاديين ، والتى تتضمن الأبعاد التالية: المهارات الاستقلالية ، والمهارات الحركية ، والمهارات اللغوية والمهارات الأكاديمية ، ومهارات التهيئة والمهارات المهنية ، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة.

ويتضمن منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين أربعة عشر بعداً فرعياً ، تشكل فى مجموعها منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين ، وهذه الأبعاد الأربعة عشر هى:

١- مهارات التحكم بحركة الرأس.
٢- مهارات الاستلقاء / الاستدارة / تغيير وضع الجسم.
٣- مهارات الدحرجة / الزحف / الحبو.
٤- مهارات الجلوس.
٥- مهارات الوقوف.
٦- مهارات المشى.
٧- مهارات الهرولة / الركض / الجرى.
٨- مهارات الوثب.
٩- مهارات الحجل.
١٠- التقاط الكرة.
١١- رمى الكرة.
١٢- مهارات ركل الكرة.
١٣- استخدام مضرب التنس.
١٤- مهارات السباحة. (ماجدة عبيد)

أنواع التمارين التى يجب استخدامها مع المعاقين حركياً:

١- التمارين فى مجال الحركة ، خاصة التى تؤدى من وضع الوقوف لتنمية عضلات الرقبة والجذع والرجلين وتمرينات التوازن والرشاقة والمرونة ، وهذا لمبتورى الطرفين العلويين.

٢- التمرينات الحرة التى تؤدى فى وضع الجلوس وخاصة تمرينات الذراع والرجل مع التأكيد على حركة الجزء المتبقى من الطرف الآخر للاتزان فى عمليات النمو وتمرينات الرقبة والجذع ، خاصة للأفراد المبتورى الطرف العلوى مع الطرف السفلى.

٣-تمارين لتحسين الوضعية مثل الوقوف والتوازن على أن يتم ما يلى فى هذه التمارين:

أ- التركيز على الطفل نفسه.

ب- استخدام أمور مساعدة مثل العكاكيز أو مساند.

جـ- البدء بالتدريج.

طرق إجراء التمارين مع المعاقين حركياً:

١- **التمرين السلبى:** هنا يكون الاعتماد على المعالج ١٠٠% فى الوقت الذى لايستطيع المعاق تحريك الطرف.

٢- **التمرين للمساعدة:** بحيث يشترك فيه الطفل والمدرب من خلال مساعدة الطفل على تحريك أحد أطرافه.

٣- **التمرين الفاعل:** هو ذلك التمرين الذى يستخدمه الطفل دون المساعدة المباشرة من المدرب.

وهناك تمارين خاصة لجميع الإعاقات. (المرجع السابق)

كما يجب الإشارة إلى أن تربية المعاقين حركياً باستخدام تمرينات لتنمية قدراتهم أن يركز على ما يلي:

١- تعزيز قدرات المشي.
٢- تعزيز قدرات الجرى.
٣- تعزيز قدرات الحجل.
٤- تعزيز قدرات الوثب.

مع الاستمرار فى التدعيم والتعزيز من أجل إنجاح البرنامج.

دور الأسرة في رعاية الإعاقة الحركية بأنواعها:

١- العمل ما أمكن على منع تكرار حدوث الإعاقة وذلك باتباع الإجراءات الوقائية.

٢- تقبل الطفل المصاب بالشلل الدماغي مهما كان حجم الإحباط والأسى الذى يحس به الوالدان وتحس به الأسرة.

٣- أن تتعرف الأسرة على المراكز والمؤسسات والخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغى ، وأن تسعى لتلبية احتياجات طفلها من الخدمات سواء كانت هذه الخدمات طبية وجراحية أم كانت خدمات تأهيلية (علاج طبيعى ، علاج وظيفى ، علاج نطقى ، توفير أجهزة مساعدة تأهيل مهنى) أم كانت خدمات تربوية سواء فى المدارس العامة أم فى مراكز خاصة أو ما شابه ذلك.

٤- أن تشارك الأسرة فى التفكير فيما يحتاج طفلها المصاب من كراسى وأجهزة مساعدة للوقوف والمشي وبما يتوفر فى البيئة المحلية وعدم الاتكال الكلى على الآخرين.

٥- العمل على دمج الطفل فى مجتمعه وإتاحة الفرصة له للاختلاط مع الآخرين واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة والحرص على عدم عزله عن محيطه الطبيعى وعن مجتمعه المحلى قدر الإمكان.

٦- للأسرة أيضاً دور هام فى التواصل مع الأسر الأخرى التى لديها أطفال مصابين بالشلل الدماغي ، لتبادل الخبرات وتبادل الدعم ثم لتنظيم الجهود. (سعيد العزة)

دور معلم التربية الخاصة فى رعاية المعاقين جسمياً وأجهزتهم التعويضية:

أوضح شاكر قنديل بأن كثيراً من حالات الأطفال الذين يعانون من شلل أو فتق فى النخاع الشوكى ، أو ضعف فى العضلات يحتاجون عادة إلى بعض الأجهزة المساعدة أو التعويضية: كالأحزمة الجلدية أو العكاكيز ، أو الكراسى المتحركة. لذلك فإن معلم التربية الخاصة لتلك الفئة ينبغى أن يكون لديه إلماماً بالغرض الذى تستخدم من أجله وطرق رعايتها وصيانتها وحسن استخدامها ، ويمكن أن تصنف تلك التجهيزات التعويضية فى أنواع ثلاثة: النوع الأول منها تقويمى ، والنوع الثانى له وظيفة التحكم والسيطرة ، أما النوع الثالث فيؤدى دوراً مساعداً أو دوراً معيناً.

وقد حدد دور ومسئولية المعلم بالنسبة للمعاقين جسمياً فى الخطوات العامة الآتية:

١- يفترض مسئولية معلم التربية الخاصة فى إجراء عملية تنسيق بين كل مَنْ له صلة بحياة الطفل المعاق وشئونه التعليمية والصحية.

٢- تحقيق التنسيق والتوفيق بين متطلبات الرعاية الصحية والجسمية اللازمة للطفل المعاق وبين المتطلبات والخدمات التعليمية ، فالمعلم يعتبر همزة وصل بين الوكالات المختلفة المسئولة عن خدمة الطفل ورعايته.

٣- تفسير التوجيهات التي تصدر عن المتخصصين سواء في العلاج الجسمي أو في علاج عيوب الكلام أو الإرشادات النفسية الصادرة عن المرشد النفسي بشأن حالة الطفل إلى الأشخاص الذين لهم صلة بالتعامل مع الطفل.

٤- ملاحظة الطفل في مواقف الفصل والتعامل الاجتماعي مع الآخرين ؛ لكي يتأكد من أن الطفل قادر على مجاراة زملائه في عملية التفاعل الاجتماعي.

٥- تقديم المقترحات الخاصة بحالة الطفل وتحديد ما يلزم من تعديلات في الأجهزة ، التي يستخدمها وفي الطريقة التي ينبغي التعامل بها معهم.

٦- مساعدة الطفل المعاق في استخدام الأجهزة الصناعية وتدريبه ومعاونته على تقبل إعاقته ومعايشتها.

٧- تحديد مجالات الحركة وتنظيم مسارات خاصة للأطفال الذين يستخدمون كراسي متحركة بشكل لايعرض حياتهم لمخاطر ، وكذلك تجهيز وتيسير وسائل استخدام دورات المياه بالنسبة لهم.

٨- المعاونة في عملية نقل هؤلاء الأطفال من المدرسة وإليها بمعنى أن تتم عملية انتقال الطفل تحت إشرافه ورعايته.

٩- تدبير الوسائل التعليمية الملائمة بكل حالة من حالات الإعاقة بحيث يساعد هؤلاء الأطفال لمتابعة عملية التعليم بسهولة.

١٠- المساهمة في تجهيز أماكن مناسبة وتوفير فرصاً للأطفال المعاقين لممارسة الأنشطة البدنية بشكل لايعرضهم للخطر ، وفي نفس الوقت يجنبهم المنافسة مع زملائهم العاديين ؛ حتى لايترتب على ذلك الإحساس بالعجز نتيجة المقارنة.

١١- تنمية قدرات هؤلاء الأطفال فى تنفيذ بعض الأنشطة الترفيهية باعتبارها أسلوباً علاجياً لهم ، وتنمية مهارات تمضية وقت الفراغ لديهم بشكل مستمر.

١٢- المساهمة فى تخطيط وتنفيذ بعض برامج التأهيل التربوى والمهنى.

١٣- وعلى وجه العموم فإن دور المعلم يبدو متعدد الأهداف ؛ فهو يساعد ويشجع ويضع الخطط ، ويتابع تنفيذها ، ويتعاون مع الآباء ، ويسهم فى عمليات الإرشاد.

بعض أنواع العلاج والتدريب والتأهيل للمعاقين حركياً والمشلولين دماغياً:

أولاً: العلاج الطبى و العلاج الطبيعى:

يقوم الأطباء بإجراء فحوصات مختلفة للطفل المعاق حركياً والمشلول دماغياً للتعرف على مواطن الضعف لديه ولوضع الخطط العلاجية المناسبة له وبحسب نوع وشدة الإعاقة الموجودة لديه ، ولهذا فهؤلاء الأطباء بحاجة إلى أساليب تدريس خاصة بهم وبحاجة إلى رعاية فى مجال العظام ، وتدريب على استعمال العضلات لتكتسب المرونة المناسبة ، وتشمل **أساليب الرعاية الطبية** للمعاق حركياً والمشلول دماغياً الطرق التالية:

أ- التحصين Immunisedation عن طريق برنامج منظم للمناعة.

ب- العلاج treatment سواء بالأساليب الطبية العادية أو بإجراء الجراحة للحالات التى تتطلب ذلك.

جـ- التعليم Teaching.

د- التأهيل والتدريب Rehabilitation & Education.

هذا ويتم العلاج بالأساليب التالية:

١- عمل أجهزة تعويضية لمساعدة الطفل على الحركة.

٢- إجراء جراحات خاصة فى حالات التشوه العضلى.

٣- العلاج الطبيعى لتدريب العضلات المصابة وتنشيط العضلات البديلة.

٤- التأهيل المهنى وهو نهاية المطاف فى العملية العلاجية والذى يعد الطفل لتدريب خاص يتناسب وقدراته الباقية.

علماً بأن الذين يعانون من الشلل الدماغى يتمتعون بقدرات ذكاء عادية إلا أن حوالى (٧٠%) منهم يعانون من صعوبات فى الكلام واللغة ، كما قد يجمع العديد منهم بين أكثر من شكل من أشكال الشلل الدماغى فى وقت واحد ، بالإضافة إلى قصور فى الحواس (السمع أو البصر ، أو اللمس). ويعتبر الشلل الدماغى من الإعاقات غير المتطورة وغير المعدية ، كما أنه غير قابل للعلاج أو للشفاء ، ولهذا فالمعاق يحتاج إلى العلاج الطبيعى المتواصل حتى تظل العضلات محتفظة بقدرتها الحالية ، كما يحتاج المعاق أيضاً إلى ارتداء الحزام. والقبعة الواقية عند التنقل من مكان إلى آخر لتجنب إصابة الرأس والعمود الفقرى عند السقوط على الأرض أو الارتطام بأحد الجدران.

ثانياً: الإرشاد والعلاج النفسى (الفردى والجماعى):

يفيد العلاج النفسى بكل أنواعه فى تخفيف حدة المصاحبات للإعاقة الحركية خاصة ما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية والاجتماعية المصاحبة.

وأهم أنواع العلاج النفسى: العلاج النفسى الفردى والعلاج النفسى الجماعى. وفى الوقت الذى يفيد فيه العلاج النفسى الفردى علاج الاضطرابات الداخلية لدى المعاق خاصة مشاعر الذنب ، ومشاعر النقص

، والقلق فى محاولة منه للبحث عن الصراعات الداخليـــة للفــرد ، إلا أن العلاج النفسى الجماعى لايمكن التخلى عنه فى معالجة الجوانب الاجتماعية والسلوكية لدى المعاق كالخجل ، والعـــدوان ، والعزلـــة ، والانطوائيـــة ، وصعوبة التعايش الاجتماعى والتكيف الشـــخصى والاجتمـــاعى ، ومـــن المفضل استخدام كلا النوعين معاً.

ساهمت برامج الإرشاد النفسى الفردى والجماعى بدور إيجـــابى وفعال مع المعاقين عامة ومع المعاقين حركياً بصفة خاصة ويتضح ذلـــك من تعدد استخدام هذه البرامج لدى العديد من البـــاحثين (Riberston, Lyndall Medford, 1974, Willie Vern Brygm, 1973 ، ونادية سليم الزينى ، ١٩٩٠ ، ومحمد عبد المقصود ، ١٩٩٥ ، وغيرهم).

وقد أجريت دراسة بكلية التربية جامعة طنطا عام ١٩٩٥ أجراها الباحث محمد عبد المقصود استخدم برنامج الإرشاد النفسى الفــرد علـــى مجموعة مكونة من (٧) أفراد من المراهقين المصابين بشلل الأطفال وتـــم عرض أهم فنيات الإرشاد الفردى التى استعان بها الباحث فـــى دراســـته وهى:

١-فنية الإنصات Technique of listening.
٢- فنية الانعكاس Technique of Reflection.
٣- فنية الإيضاح Technique of clarification.

كما استخدم الباحث فنيات أخرى لجلسات الإرشاد الفردى وهى:

١- التداعى الحر. ٢- التفسير. ٣- التنفيس الانفعالى.
٤- الاستبصار. ٥- التعلم. ٦- التدعيم.
٧- تعديل وتغيير السلوك. ٨- إنهاء الجلسات. ٩- المتابعة.

وتضمن البرنامج (٢٤) جلسة إرشادية فردية لكل حالة على حدة.
وقد أسفرت نتائج برنامج الإرشاد الفردى فى تحسن مفهوم الذات الإيجابى ، وفى ارتفاع درجة تأكيد الذات واحترام الذات وارتفاع درجة الثقة بالنفس لديهم.

كما استخدم الباحث برنامج الإرشاد النفسى الجماعى مع التركيز على الفنيات التالية:

١-فنية المحاضرة.

٢- فنية المناقشة الجماعية.

٣-الأنشطة الترفيهية وتشمل:

أ- الأنشطة الاجتماعية.

ب- الأنشطة الثقافية.

جـ- الأنشطة الرياضية (لعبة مؤشر الراديو - لعبة أسماء الأفلام - لعبة الكرسى القاضى).

٤-الأنشطة الفنية (الرسم - النحت - الموسيقى - الشعر والنثر).

٥-الأنشطة الدينية.

وطبق الباحث برنامج الإرشاد النفسى الجماعى مع (٧) من الطلاب المراهقين المصابين بشلل الأطفال وتضمن البرنامج (٢٤) جلسة إرشادية جماعة.

وقد أسفرت نتائج البرنامج الإرشادى الجماعى فى تحسن مفهوم الذات الإيجابى ، وفى ارتفاع درجة تأكيد الذات واحترام الذات وارتفاع درجة الثقة بالنفس لديهم.

ثالثاً: العلاج العقلاني الانفعالي:

يفيد العلاج العقلاني الانفعالي مع حالات الإعاقة الحركية في تحسن الاضطرابات السلوكية وخاصة السلوك الاجتماعي لديهم ، وفي تعديل نظرتهم التشاؤمية للمجتمع وفي تحسين صعوبات الكلام والتعلم لديهم ، كما يفيد في علاج العديد من الاضطرابات الشخصية والانفعالية لديهم مثل مفهوم الذات السلبي ، والتوتر الزائد ، وقلق المخاوف ، والاكتئاب والشعور بالذنب وغيرها.

ومن ثم تتعدل العديد من الأفكار السلبية تجاه أنفسهم وتجاه تصورهم في نظرة المجتمع لهم على أنهم معاقين حيث أن هذا النوع من العلاج يستند على مجموعة من الفنيات التي تنقسم إلى ثلاث أنواع:

أ- فنيات خبرية انفعالية تتعرض لمشاعر الفرد ومشاعره وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف المختلفة وخبراته السابقة خاصة فيما يتعلق منها بمشكلاته.

ب- فنيات سلوكية تساعد على تخلص الفرد من السلوك غير المرغوب أو تعديله وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعيمه.

جـ- فنيات معرفية تؤدي إلى تغييرات في أفكار المسترشد وطريقة تفكيره اللاعقلانية وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية. (إجلال سرى ، ١٩٩٧ ، ١٧٢)

وعلى ضوء ذلك استخدم "إليس" فنيات كثيرة منها:

الداعية والداعية المضادة ، دلالات الألفاظ ، الدحض والدحض المستمر ، التشجيع والحث والإقناع ، التدريب التوكيدي ، ارتياد المخاطر ، لعب الدور ، تحقيق علاقة وطيدة بين المرشد والمسترشد ، الماراثون.

وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات عن كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي في علاج العديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى المعاقين حركياً. ومن أهم هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجريت بقسم الصحة النفسية بكلية التربية بطنطا بإشراف المؤلفة الحالية وأجرتها الطالبة اليمنية أروى يحيى (٢٠٠٢) حيث حاولت من خلالها استخدام فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لتخفيف حدة مفهوم الذات السلبي وخفض معدل قلق الموت ولرفع معدل التوكيدية لدى عينة من الطالبات اليمنيات المعاقات حركياً وقد حقق البرنامج العلاجي نتائج طيبة فيما يتعلق بعلاج تلك المتغيرات الثلاث.

وكانت أحدى دراسة ناقشتها المؤلفة الحالية تلك الدراسة التي قامت بها شوقية السمادوني (٢٠٠٤) استخدمت فيها الباحثة فنية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض معدل السلوك العدواني ، والغضب والقلق وتفنيد الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وكذلك لتحسن درجة تقدير الذات لدى عينة مكونة من ٣٠ طالبة من المعاقات جسمياً من بين طالبات المدارس الثانوية والإعدادية بمدينة طنطا. وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح هذا النوع من العلاج في معالجة وتحسن جميع متغيرات الدراسة.

رابعاً: النمذجة:

النمذجة أحد فنيات العلاج السلوكي الهامة ، حيث يقوم المدرب بالمهمة السلوكية أو التعليمية التي يريد أن يعلمها للطالب المعاق حركياً كاستخدام القلم والورقة مثلاً أو لبس الحذاء أو الملابس أو تناول الطعام ، بعد أن يكون قد جزأ هذه المهمة إلى أجزاء فرعية ومن ثم يطلب منه تقليد ذلك ويقدم له التغذية الراجعة المناسبة إزاء كل خطوة خاطئة ، وتعتمد

النمذجة في فاعليتها على مدى انتباه وتركيز الشخص المقلد والمهارات المتوفرة لديه وعلى رغبته في تعليم السلوك المطلوب ، وبعد ذلك يطلب المدرب من الطلبة أن يطبقوا ما تعلموه في الواقع وفي ظروف تستدعي ذلك ، والأهم من ذلك تعليم وتأهيل المعاق حركياً على استخدام الأجهزة الصناعية من خلال شرح مراحل تركيب الجهاز التعويضي وكيفية استخدامه سواء بالتمثيل أمامه أو عرض بعض نماذج من الصور المرئية ومحاولة متابعتها وتقليدها.

خامساً: العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي إلى التغلب على بعض مشاكلهم السلوكية والاجتماعية التي تحتاج إلى تدريبهم على عادات النظافة ، والمحافظة على صحتهم العامة ، واستعمال التواليت ، وضبط المثانة والأمعاء ، والابتعاد عن مشكلات سوء التغذية وفقدان الشهية أو الإفراط في تناول الأطعمة الذي يسبب لهم البدانة والتي تشكل عبئاً على أجسامهم.

سادساً: العلاج الاجتماعي والبيئي:

يتمثل في تقبل هؤلاء الأفراد لأنفسهم ، وتقبل المجتمع لهم ، واندماجهم فيه ، وتعليمهم السلوك الاجتماعي المقبول في مجال البيت (الأسرة) والمدرسة والمجتمع ، إن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات أيضاً في مجال اللغة والحواس والتعليم فهم بحاجة إلى برامج تربوية وجهود اجتماعية مكثفة لمعالجة مشاكلهم الأسرية ومشكلاتهم الخاصة بالصحة السيئة والمشاكل مع الرفاق والأقران والانسحاب من المدرسة والعدوان وإيذاء الذات واللغة السيئة والسرقة والغش والكذب وغيرها إذا كانت موجودة عندهم في بيئتهم المنزلية ، ومن هنا يأتي دور المرشد التربوي والأخصائي الاجتماعي لتشخيص مثل هذه الحالات والعمل على مساعدة هؤلاء الأطفال والاستفادة من الفرص الاجتماعية لمساعدتهم.

سابعاً: العلاج (التدريب) التوكيدى: Assertive Training

(تم شرح أهم فنيات التدريب التوكيدى فى فصل علاج اضطرابات اللغة و التواصل) ويمكن إضافة أهمية التدريب التوكيدى فى رفع درجة تأكيد المعاق لذاته واحترامه وثقته فى نفسه مما يساعده على تقبل إعاقته والتعايش معها حتى يمكن أن يحقق أقصى ما يصل إليه من توافق نفسي واجتماعى ، وقد تأكد دور التدريب التوكيدى وفعاليته مع المعاقين حركياً من خلال العديد من الدراسات نذكر منها على سبيل المثال لاالحصر ما قام به مورجان وليونج Morgan & Leung (1980) بدراسة للتعرف على أثر التدريب التوكيدى على تقبل الإعاقة لدي (١٤) من المعاقين جسمياً من طلاب الجامعة من الجنسين ، وطبق عليهم برنامج تدريب توكيدى استخدم فيه الباحثان بعض التدريبات السلوكية وبعض فنيات العلاج السلوكى وخاصة لعب الدور ، وقد كان للبرنامج جدوى وفعالية فى تحسين مفهومهم عن ذواتهم ، وفى تقبلهم لإعاقتهم ، كما ساهم البرنامج فى رفع درجة مهارات التفاعل الاجتماعى لديهم.

ثامناً: العلاج من خلال برامج دمج المعاقين حركياً مع العاديين:

يعتبر دمج المعاقين حركياً فى كافة مجالات الحياة العامة التى يعيشها المعاق من أهم التدخلات العلاجية الهامة ، حيث أن دمجه سواء فى أسرته أو فى مدرسته أو فى مجتمع النادى أو المسجد أو الكنيسة أو فى مجال العمل يحقق له المزيد من التخلص من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ويساهم فى إزالة الصعوبات التى تعوقه عن مواجهة الحياة الاجتماعية نظراً لما يملكه المعاق حركياً من إمكانات وقدرات عقلية ومعرفية وجسدية قد تميزه عن العاديين.

وقد أبرزت العديد من الدراسات الدور الإيجابى لمساهمة المعاقين حركياً فى عمليات التنمية فيما يتعلق بالأيدى العاملة فى مجال الصناعة.

والتجارة ، وما أبرزته النتائج الفعلية من مقدرتهم على العمل بنجاح ودقة وإتقان وكفاءتهم في اتباع الطرق السليمة والإرشادات الصحيحة التي توجه إليهم ، وقد أوصت العديد من المؤتمرات بضرورة إدماجهم في المجال التربوي والتعليمي مبكراً ويكون دمجاً كاملاً ، وأن يتم تعليمهم في أقل البيئات تعقيداً ، حيث أن لهم الحق كل الحق في المشاركة في فعاليات مجتمعهم الكبير ، ولهم الحق أيضاً في إثبات ذاتهم من خلال توفير فرص النمو والتعلم جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين ، حيث أنهم بإمكانهم من خلال الدمج الوصول إلى قدراتهم في الفصول العادية ، كما يحقق الدمج لهم توافقاً نفسياً عالياً ويقلل من مشاعر الخجل والإحباط والعزلة لديهم.

ومما يجب الإشارة إليه أن دمج المعاقين حركياً يعتبر أقل حدة من الإعاقات الأخرى (ماعدا الحالات شديدة الإعاقة خاصة المصابين بإعاقة اليدين) ولهم الحق في الالتحاق بجميع أنواع التعليم تقريباً سواء الأدبية أو العملية أو التجارية وغيرها مع توفير بعض التسهيلات التربوية وإحداث بعض التعديلات في البيئة المدرسية حتى تتناسب مع طبيعة إعاقتهم ويتم التعديل في الأثاث المدرسي (الأدراج / الكراسي / السبورة / الحمامات / أماكن الجلوس / الوسائل التعليمية ... الخ) مع وضعهم في الطوابق الأولى من المبنى المدرسي. هذا بجانب اتساع الأبواب والممرات وغير ذلك.

كما يجب مراعاة تخلص المعاق من بعض المشكلات النفسية والسلوكية التي حتماً يتعرض لها المعاق حركياً (وحتى كل أنواع الإعاقات) خاصة عند دمجه مع الطلاب العاديين والتي أهمها: الإحباط – العدوان – مص الأصابع – الانطواء – السرحان – التخريب والتدبر – العناد والعصيان – الخوف من المدرسة وكراهيتها – الغيرة.

وعند دمج المصابين بالشلل الدماغي في المدارس العامة يجب مراعاة تواجد أخصائي باللغة والكلام والعلاج الطبيعي ، كما يراعى توفر مساعدة لمعلم الفصل بالإضافة إلى توفر الأجهزة التي تساعد على التواصل مع من يعانون من قصور أو صعوبة في الكلام من الطلاب المصابين بالشلل الدماغي ، كما يحتاج هؤلاء الطلاب إلى وقت إضافي لإنجاز النشاط الذي يحتاج إلى حركة أو لإكمال النشاط المدرسي داخل الفصل.

إعداد برنامج لدمج المعاقين حركياً في المجال التعليمي:

اقترحت "بيجي" Bigge ١٩٨٢ الإجابة عن الأسئلة التالية عند تصميم البرنامج التربوي للأطفال المعاقين حركياً:

أ- التواصل:

١-ما الأساليب التي يستخدمها الطفل ، وما مدى وضوح تلك الأساليب للتواصل من خلال:

أ- الكلام الواضح؟ ب- اللغة الإيمائية؟
جـ- الحركات الجسمية الثابتة؟ د- الإشارة إلى الكلمات أو الرموز؟
هـ- الكتابة اليدوية؟ ز- أجهزة الكترونية خاصة؟

٢-هل يحتاج الطفل إلى وقت إضافي أطول من المعتاد للاستجابة؟

ب- التعبير الكتابي:

١-هل يستطيع الطفل الكتابة أو الطباعة؟

٢-إذا لم يكن الطفل قادراً على الكتابة أو الطباعة أو التكلم فكيف يستطيع الاستجابة؟

٣-كيف يستطيع الطفل تسجيل الأفكار أو الإجابة عن الأسئلة؟

٤-كيف يتم تقييم مهارات التعبير الكتابي للطفل؟

جـ- التعلم:

١-ماهى التعديلات اللازمة لمساعدة الطفل على استخدام الأدوات في غرفة الصف كالقلم الرصاص – الأوراق – الكتب)؟

٢-ما هى أساليب تعديل السلوك المستخدمة؟

٣-ما الطريقة التى يتعلم بها الطفل بفعالية (سمعيا – بصريا)؟

٤-ما الإجراءات أو المواد الخاصة التى قد تجعل الطفل قادرا على التعلم بشكل أفضل؟

٥-ما هى أفضل الأهداف التعليمية ذات الأولوية للطفل؟

د- التنقل:

١-ما القيود المفروضة على حركة الطفل؟

٢-كيف ينتقل الطفل من مكان لآخر؟

٣-كيف يمكن مساعدة الطفل على تحسين مهارته تدريجيا؟

و- الفروق الجسمية:

١-هل هناك قيود طبية على النشاطات الجسمية للطفل؟

٢-هل يمكن تكييف الألعاب والنشاطات لتمكن الطفل من المشاركة فيها؟

٣-ما هى النشاطات والأوضاع الجسمية المسموحة؟ وماهى النشاطات والأوضاع الجسمية الممنوعة؟

٤-ما هى الاحتياطات التى يجب اتخاذها فى الحالات الطارئة؟

ز- العمل بروح الفريق:

١-من هم الاختصاصيون الذين يجب أن يشتركوا فى رعاية الطفل؟

٢-كيف يجب تنظيم وتنسيق الجهود لتلبية حاجات الطفل؟ (جمال الخطيب ومنى الحديدي ، ١٩٩٤)

تاسعا: التربية والرعاية الرياضية الخاصة والفنية:

تشمل التربية الرياضية الخاصة برامج متنوعة من النشاطات النمائية والألعاب التى تنسجم وميول وقدرات الطفل المعاق ، والقيود التى تفرضها عليه الإعاقة. وتتمثل الأهداف الرئيسية المستوحاه من برامج التربية الرياضية الخاصة فى تصحيح الأوضاع الجسمية غير الصحيحة ، وتحديد النشاطات الرياضية التى قد تنجم عنها مشكلات معينة ، وتنمية القدرات الحركية وتحسين مستوى اللياقة البدنية ، وتوفير الفرص المناسبة لتعليم النشاطات الترويحية وممارستها.

لذا يجب تدريبهم على ممارسة الألعاب الرياضية الخفيفة والألعاب العقلية البسيطة بهدف إكسابهم المرونة الكافية للقيام بأعمالهم الروتينية والاعتيادية مثل قضاء الحاجة ونظافة الجسم والأسنان وتناول الطعام والشراب وغيرها من الأعمال التى تحتاج إلى تمكينهم من استخدام ما تبقى من قدراتهم العضلية والدفع بها إلى أقصى حد ممكن. كما يجب تشجيعهم على القيام بالأعمال الفنية كالرسم والدهان والألعاب الخفيفة ويتطلب ذلك تجزئ المهمات والحركات حتى يستطيع الطفل القيام بها ، إن لدى هؤلاء الأطفال بطء واضح فى القيام بالتمرينات المطلوب منهم القيام بها لذلك فهم بحاجة إلى المزيد من التدريب وتقديم التشجيع والحث والاستحسان والدعم النفسى والتغذية الراجعة وتشكيل السلوكيات التدريبية وتسلسلها والنمذجة وغيرها من الوسائل التى تساعدهم على ممارسة هواياتهم وألعابهم والورق والرسم والدهان وغيرها.

عاشرا: العلاج المهنى (الوظيفى):

يهدف العلاج المهنى إلى تنمية المهارات الحركية الدقيقة ، والتآزر العينى اليدوى ، وحركات اليدين والأصابع. ويركز أخصائيو العلاج المهنى على تطوير القدرة لدى الطفل المشلول دماغيا ، وتأدية

المهارات الحياتية اليومية ، ومهارات العناية الذاتية ، وتطوير القدرات الحسية–الحركية ، تمهيدا لتدريبهم على أداء مهنى يتلاءم وقدراتهم الخاصة.

حادى عشر: تأهيل المعاق حركيا:

يهتم الأخصائيون الاجتماعيون بمساعدة الطفل المعاق حركيا أو المشلول دماغيا وأسرته على التعايش مع حالة الإعاقة ، والتغلب على المشكلات الاجتماعية التى تنجم عنها. ويركز الأخصائيون الاجتماعيون العاملون فى مراكز المعاقين ومدارسهم على التكيف والتعايش مع الصعوبات التى تنجم عن الانفصال عن العائلة والمجتمع ، وهم يستخدمون كل ما من شأنه مساعدة الطفل المعاق على النمو ، ومساعدة الأسرة على تطوير الاتجاهات الواقعية نحوه من خلال دعمها ، وإرشادها ، وتوجيهها.

وتشمل برامج التأهيل:

١– التشخيص الطبى.

٢– العلاج الطبيعى.

٣–بعض الألعاب التى تشجع على تعلم المصاب وتزيد من قابليته على التفاعل الاجتماعى.

٤– الاتصال بالآخرين ، إن كانت هناك إعاقة بالنطق والكلام تعالج بواسطة معالج النطق أو بالإشارة أو باستعمال لوحة الرموز.

٥–مساعدته التعبير عن نفسه.

٦–مساعدته فى التعلم عن طريق تعديل الوسائل التعليمية العادية أو تعديل السلوك.

٧–مساعدته فى الحركة من مكان لآخر وتدريبه على ممارسة الأنشطة اليومية بأقل قدر من المساعدة.

٨-مساعدته في التكيف والتفاعل مع الآخرين وبناء اتجاه إيجابي نحوهم.
٩-مساعدة العائلة على تقبل ابنها والتعاون مع فريق التأهيل لوضع برنامج بيتي لتأهيله.

ثانيا: تأهيل وعلاج فرط النشاط / اضطراب الانتباه

أولا: العلاج الطبي:

إن المساعدات العقاقيرية لهذه الحالات هي منبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة كبريتات الديكتروفيتامين ، والمثيل فيدويت والبيموكين ، فقد يستجيب الطفل لأحد تلك العقاقير ولايستجيب للأخرى ، كما تختلف الجرعة المناسبة لكل فرد ، ومازالت آلية عمل هذه المنبهات غير معروفة ولكن فعاليتها خاصة جدا ، فهي تقلل النشاط الحركي الزائد وتزيد من مدى تركيز الانتباه ولكن قد يكون لها آثار جانبية ، حيث تعوق منبهات الجهاز العصبي المركزي النمو الطبيعي للطول والوزن ، كما قد يساء استخدامها مما يتسبب في حدوث بعض المخاطر. وقد ظل استخدام تلك العقاقير لخفض أعراض النشاط الزائد وزيادة التحصيل الدراسي إلى أن أجرى الباحثون التربويون دراسات امبريقية أثبتت أن هذه العقاقير ليس لها فعالية في زيادة التحصيل الدراسي بالإضافة للآثار الجانبية لها مثل: الصداع ، آلام المعدة ، اضطراب النوم ، ضغط الدم ، زيادة التوتر.

ثانيا: العلاج النفسي:

نادرا ما يرضي استخدام الدواء الحاجات العلاجية الشاملة للأطفال ذوي ADHD وعائلاتهم ، لذا يجب أن يصاحبه مساعدات نفسية ، حيث أن هذه المساعدات النفسية تعطي للطفل الفرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له ، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد وليس معالج حقيقي

لحالته ، فهذا الطفل بحاجة لمساعدته على بناء بيئته مما يقلل من قلقه. ولهذا يجب على الوالدين والمعلمين وضع نظام معين للثواب والعقاب باستخدام نموذج العلاج السلوكي لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل ، وعلى الأباء أن يواجهوا المستلزمات الطبيعية للنضج مثل الحاجة لاكتساب القيم ولتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف (Harold, I & Others, 1988: 685) ، وقد أوصى بناركلي أ ، ر (١٩٩٩) بمساعدة هؤلاء الأطفال باستخدام المنبهات النفسية للأطفال المصابين بـ ADHD فوق سن الخامسة حيث يحدث هذا العقار تحسنا في سلوك الأطفال العفوي والتململ والشرود ، كما يساعد على تحسين قدرتهم على اختزان المعلومات المهمة في الأذهان ، وتحسين أدائهم الدراسي وقدرتهم على احتواء الكلام وضبط النفس ويصبح هؤلاء أكثر قبولا لدى أقرانهم وتقل معاقبتهم لأفعال يرتكبونها مما يؤدي إلى تحسن صورتهم الذاتية ، واقترح إدخال تدريب الأهل والمعلمين على طرق نوعية أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية لبعض الأطفال المصابين بـ ADHD ، إضافة إلى المعالجة الدوائية باستعمال المهدئات النفسية وربما مضادات الاكتئاب ، وبهذا نخلص إلى أنه ليس هناك علاج محدد وثابت لعلاج هذا الاضطراب لدى الأطفال. (باركلي أ ، ر ، ١٩٩٩)

ثالثا: العلاج بالتغذية:

إن علاج النشاط المفرط بالتحكم في غذاء الطفل يعد اتجاها حديثا نسبيا كثر حوله الجدل ، وتصف منشورات المعهد القومي للصحة العقلية استخدام التغذية كما يلي: يعد تنظيم الغذاء علاجا حديثا للنشاط المفرط ، فهو يتضمن نظاما خاصا من الغذاء وضعه دكتور بين فاينجولد Ben Fiengold أخصائي الحساسية والأطفال بالمركز الطبي الدائم

(كايزر) في سان فرانسيسكو ، ولقد تقبل الآباء الذين كانوا أكثر تعاسة بنظام العلاج الطبي ، ذلك النظام الغذائي الذي يستبعد كل أنواع الغذاء والعقاقير المحتوية على المنكهات والملونات وعنصر السيلسلات من غذاء الطفل ، وكذلك استبعاد الأدوية والفيتامينات الملونة صناعيا والأسبرين ، وقد أكد دكتور فاينجولد أنه تحسن من ٣٠-٥٠% من الأطفال مفرطي النشاط باستخدام هذا النظام الغذائي. ومع هذا فإن مدى فائدته مازالت موضوع دراسة. (محمد جميل منصور ، ١٩٩٠)

رابعا: العلاج المعرفي:

يهدف هذا العلاج إلى المساعدة على نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي ويعكس استراتيجية حل المشكلات ، وكلها خصائص يوجد بها قصور لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

وقد أوضحت الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى تحسن لدى الأطفال في كل من الأداء السلوكي والأداء الأكاديمي ، وكانت أهم الاستراتيجيات المستخدمة في هذا النوع من العلاج النمذجة المعرفية ، التوجيه الذاتي ، التعلم الذاتي ، الحديث الذاتي ، التعزيز الذاتي ، رؤية الذات ، الضبط الذاتي كأحد أشكال التنظيم المعرفي. (Haward, 1991)

خامسا: العلاج السلوكي:

يفيد العلاج السلوكي القائم على التعزيز الإيجابي والذي يهدف إلى تعديل أنماط السلوك غير المرغوب فيها بأساليب سلوكية أخرى مقبولة في خفض مستوى الاندفاع لدى هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه ، والتغلب على العديد من المشكلات السلوكية لديهم ، وخاصة السلوكيات المرتبطة بأداء النشاط والطاعة ، وتقدير الذات والمهارات الاجتماعية ، والقدرة على ضبط الذات.

وقد تدخل علماء التربية لخفض النشاط الزائد ، بعد معرفتهم الأسباب الأسرية والبيئية التي تؤدي إلى هذا النشاط. ومن تلك الفنيات التي أشاروا إلى فعاليتها في خفض النشاط الزائد ما يلي:

التغذية الراجعة	Feedback
التوجيه الذاتي	Self Instruction
التعاقد التبادلي	Contingency
التعلم بالنموذج	Modeling
التدريس الملطف	Gentle Teaching
الألعاب التربوية	Educational Games

سادسا: طرق التدريس المتنوعة Multiple Methods

وقد أثبتت الدراسات التربوية فعالية استخدام هذه الأساليب في خفض النشاط الزائد. ولكن استخدام هذه الأساليب كان يتم من خلال برامج علاجية مستقلة تماما عن المناهج الدراسية وطرق تدريسها. الأمر الذي يدعو إلى ضرورة اهتمام الباحثين بتضمين تلك الأساليب في البرامج التدريسية لهؤلاء الأطفال ذوي النشاط الزائد في المواد الدراسية بصفة عامة وتدريس العلوم بصفة خاصة.

سابعا: العلاج الأسري:

الذي يهدف إلى تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج ، ويتم ذلك بحل المشكلات العائلية والخلافات الأسرية التي تعوقه عن تحقيق الأهداف المرجوة منه ، كما يهدف أيضا إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل ، كل ذلك يساعد الطفل على خفض التوتر والانفعال لديه.

ثامنا: العلاج من خلال التدريب على برنامج للتحكم الذاتى:

ويتضمن مجموعة من الجلسات يتم تدريب الطفل خلالـــها علـــى التحكم الذاتى فى مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة ، وذلك بمتابعة كـــل من الأسرة فى المنزل والمدرس فى المدرســـة ، كمـــا يمكـــن الاســـتعانة بالتدريبات على العائد البيولوجى والاســـترخاء كوســـائل مســـاعدة لـــهذا البرنامج ، وقد استخدم ذلك كل من محمد كامل (١٩٩٩) ، وإيمان أبوريـــة (١٩٩٩) بكلية التربية جامعة طنطا إشراف أ.د. زينب شقير وآخـــر مـــن خلال برنامج يرتكز أساسا إلى فنيات التحكم الذاتى فى الســـلوك يصلـــح التدريب عليه فى مساعدة الأطفال بمتابعة الأسرة ومدرس الفصـــل علـــى تعديل ذوى اضطراب الانتباه / فرط النشاط. وقد نجح هذا النـــوع مـــن العلاج فى خفض العديد من المصاحبات لعينة الدراسة ذوى فرط النشـــاط المصاحب باضطراب الانتباه.

تاسعا: العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور:

العلاج السلوكى يقوم على نظرية أن السلوك الخاطئ يرجع إلـــى تعلم وتكيف خاطئين ، ومن ثم يهدف العلاج السلوكى إلى إزالة الســـلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكيف. (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)

أى أن العلاج السلوكى ببساطة شكل من أشـــكال العـــلاج التـــى تهدف إلى تحقيق تغيرات فى الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكـــثر إيجابية وفاعلية ، ويهتدى العلاج السلوكى لتحقيق هذا الـــهدف بالحقـــائق العلمية والتجريبية فى ميدان السلوك الإنسانى ، ويستند هذا العلاج علـــى المدرسة السلوكية التى تعتقد أن السلوك الإنسانى ما هو إلا مجموعة مـــن العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم فـــى تكوينها قوانين الكف وقوانين الاستثارة اللتان تســـببان حـــدوث مجموعـــة

الاستجابات الشرطية ، نتيجة للعوامل البيئية التي يتعرض لــــها الفــرد ، ويرى السلوكيون أن الاضطراب الانفعالى ناتج عن أحد العوامل الآتية:

١– الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.

٢–تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

٣–مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لايستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.

٤–ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة. (سهام أبــو عيطة ، ١٩٨٨)

هذا وقد ظهر العلاج المعرفى – السلوكى الذى يعد أحد التيـارات العلاجية الحديثة ، والذى يهتم بالمدخل المعرفى للاضطرابات النفســية ، ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلــها طرقا أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجـــل إحــداث تغيـيرات معرفيـة وسلوكية وانفعالية لدى العميل.

وأصبح العلاج المعرفى السلوكى يقوم علـــى نظريــة التعديـل المعرفى السلوكى لهربرت ميكنبوم الذى بنى نظريته على مـــزج بعــض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية والتى أدت بها لأن تكـــون أوسع وأشمل من النظرية المعرفية ، وتبنى نظريـــة التعديـل المعرفـى السلوكى على أسس هامة منها: فهم وظائف الحوار الداخلى ، والتعليمـات الشخصية المتبادلة ، والملاحظة الذاتية ، والأفكـــار المتنـافرة أو غـير المناسبة ، واستخدام التقويم المعرفى السلوكى ، وإعادة البنية المعرفيــة ، والتدريب على حل المشكلات ، وتعلم مهارات المواجهة والتأقلم ، وضبـط الذات وأساليبه بهدف إحداث التعلم ، وإحداث التغير في السلوك والمعرفــة ، والجهد الذاتى لحدوث الاستبصار ، والتدريب على أنماط سلوكية مبنيــة على معارف عقلانية تفيد العميل فى تحقيق التأقلم (باترسون (مـــترجم) ،

١٩٩٠). هذا ويفيد العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الحركة الزائدة وعدم تركيز الانتباه ، وقد أشار إلى ذلك كل من ويفر (١٩٩١) وشيما (١٩٩٦) حيث فاعليته فى المحافظة على الانتباه وتقييد الحركة العصبية أو الانفعالات العصبية ، كما ظهرت فعاليته ، بجانب العلاج الدوائى فى بعض الحالات. (إبراهيم على ، ١٩٩٧)

هذا وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية استخدامه لمدة قصيرة من الزمن ويؤدى إلى تغيير فى السلوك لدى هؤلاء الأطفال ومن خلاله يمكن تقليل مستوى النشاط والعمل على تزايد نشاط السلوك والسرعة فى إتمام المهام الأكاديمية.

ولكى ينجح الطفل فى تفاعلاته مع أقرانه أثناء جلسات البرنامج يستخدم معه التوجيه ولعب الدور وذلك أثناء اللعب التنافسى والتعاونى حيث وجد أن المشكلات التى تواجه الأطفال مضطربى الانتباه فى قدرتهم على التفاعل مع أقرانهم هى:

١- عدم القدرة على التعبير بالكلام ما بين مرسل ومستقبل.

٢- زيادة التبادل اللفظى غير المناسب أو السلوك الواقعى.

٣- المحادثة غير التامة.

٤- صعوبة الاستمرار فى أداء العمل الجماعى.

ويلزم استخدام مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات الهامة مثل:

- توجيه الذات.
- التقييم الذاتى.
- المكافأة الذاتية.
- التعزيز.
- النمذجة.
- الواجب المنزلى.
- المناقشة وتبادل الحوار.
- القصة.

– التمثيل ولعب الدور. – الاسترخاء.

وهناك العديد من الإنجازات والإجراءات التى اهتمت بعلاج الأطفال مفرطى النشاط ومضطربى الانتباه وتركز هنا على الإنجازات التى تمت فى كلية التربية – جامعة طنطا.

١– قامت المؤلفة الحالية (١٩٩٩) باستخدام العديد من الفنيات التى يعتمد عليها العلاج المعرفى السلوكى أهمها النمذجة ، المناقشة وتبادل الحوار ، التمثيل (لعب الأدوار) ، الاسترخاء ، التعزيز (التدعيم) ، الواجبات المنزلية ، فى علاج ١٢ تلميذا بالصف الرابع الابتدائى يتراوح العمر الزمنى لهم من ٩–١١ سنة ، والذين تم تشخيصهم بأنهم ذوى فرط النشاط ، وتم تطبيق اختبار وكسلر لذكا الأطفال عليهم وتراوحت نسبة ذكائهم ما بين ٩٤,٤–٩٧,٢.

وقد تم تشخيصهم بمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل ، وكذلك باستخدام قائمة ملاحظة سلوك الطفل DSMIII ، وقد أعدت المؤلفة سبعة قصص تدور حول أهم المشكلات السلوكية التى تهدف إلى تحسنها ، بجانب إعدادها لبرنامج علاج استغرق (١٢) جلسة ، واستعانت المؤلفة بكل من المعلمة والأم فى تطبيق البرنامج العلاجى وذلك فى كل من المدرسة والمنزل.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تحسن واضح وملموس فى كل من الخصائص التالية لدى عينة الدراسة: انخفاض معدل اضطراب الانتباه ، انخفاض درجة فرط النشاط لديهم ، انخفاض درجة كل من السلوك العدوانى وكذلك الاندفاعية لديهم.

وقد أوصت المؤلفة بضرورة إلقاء مزيد من الضوء على مشكلة فرط النشاط والمشكلات المشابهة لها والتغلب عليها ، وعلى ضرورة

تحديد الوسائل العلاجية المناسبة لمثل هذه الحالات ، أخذين فى الاعتبار حاجات وسلوكيات كل طفل ، ونادت بضرورة التدخل السيكولوجى لإسعاف مثل هذه الحالات وعلاجها ، وقدمت المؤلفة مجموعة من التوجيهات لكل من الأمهات والمعلمات للاستفادة من الخبرات والمهارات المتضمنة فى البرنامج العلاجى المستخدم لتنمية استجابات إيجابية فى سلوك أطفالهم مفرطى النشاط / مضطربى الانتباه ، مع ضرورة استغلال النشاط الزائد والحركات غير الهادفة وغير الهامة فى مهارات فنية كالرسم أو الموسيقى ، وتحويل النشاط الزائد إلى أنشطة رياضية مفيدة ، وتعديل نظام مذاكرة الطفل بما يساعد على التركيز وجذب الانتباه وغير ذلك.

وأوصت بضرورة إتاحة الفرصة لهم للتنفيس والتفريغ الانفعالى عن طريق ممارسة الأنشطة الرياضية والاجتماعية ، والتعريف على أهم الصراعات والإحباطات التى تواجه هؤلاء الأطفال ، حتى يمكن توفير وسائل الإرشاد والعلاج النفسى الملائم. ونادت بضرورة تحقيق التفاعل الاجتماعى للطفل مع أقرانه العاديين فى الحياة العامة أو النادى أو الشارع مع أهمية التدريب لكوادر جديدة على التدخل السيكولوجى فى حياة هؤلاء الأطفال مفرطى النشاط / مضطربى الانتباه.

٢- استخدمت ابتسام السطيحة (١٩٩٧) برنامج علاج سلوكى معرفى مع عينة مكونة من ١٠ أطفال مضطربى الانتباه / فرط نشاط يتراوح العمر الزمنى لهم ما بين ٩-١٢ سنة وجاءت النتائج لتفصح عن نجاح البرنامج فـ تعديل بعض الخصائص المعرفية والسلوكية لدى الأطفال مضطربى الانتباه.

عاشراً: التعلم بالملاحظة (النمذجة):

النمذجة أسلوب علاجي له فعالية كبيرة حيث يتم نسخ أو نمذجة السلوك المطلوب بواسطة شخص ، وتستخدم النمذجة فى علاج عديد من المشكلات وهى عبارة عن إكساب مهارات اجتماعية. وهناك شكلان للعلاج عن طريق النمذجة:

- النمذجة الحية وتستخدم للأطفال فى سن ٣ سنوات وفيها يتم تعديل سلوك الأطفال الخاص بالخوف (قطط – كلاب).
- النمذجة الفيلمية وتستخدم في تعديل السلوكيات الخاطئة وخاصة السلوك الاجتماعي.

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى التدخل لتعديل سلوك يحتاج إلى ملاحظة خاصة ، كما أن استخدامها يتيح الفرصة لأن يكون التدخل أكثر فعالية وذلك لسهولة التحكم فى المشاهد التى يحتويها بأن يتم إرجاع المشهد أو إبطاؤه ، وقد أوضح باندورا وأوصى أن التعرض للنماذج له أثار مختلفة على سلوك الشخص الملاحظ أهمها:

- الأثر المانع للكف ، ومن خلاله تقوى أو تضعف الاستجابات المتاحة من قبل الشخص الملاحظ.
- أثر التيسير الاجتماعى وفيه يتم تتبع الاستجابة لدى الشخص الملاحظ حيث أن هذه الاستجابة كانت موجودة لديه من قبل.

وقد استخدمت ابتسام السطيحة (١٩٩٧) هذا البرنامج العلاجى مع عينة من أطفال مضطربى الانتباه (١٠ أطفال) وجاءت النتائج لتؤكد كفاءة العلاج بالنمذجة للعديد من الاضطرابات المعرفية والسلوكية لدى الأطفال مضطربى الانتباه.

حادى عشر: العلاج المعرفى السلوكى القائم على التدريب على التعليمات الذاتية لميكنبوم:

Meichenbaum's Self-Instruction Training

فى دراسة أجريت عام (٢٠٠٢) قسم الصحة النفسية بكلية التربية – جامعة طنطا أجرتها الباحثة السورية سناء مسعود حيث قامت بإعداد برنامج علاجى قائم على التدريب على التعليمات الذاتية وطبقت الباحثة البرنامج على مجموعة من التلاميذ (١٤تلميذ من الذكور) بالصفين الرابع والخامس الابتدائى ذوى فرط النشاط لاضطراب الانتباه وقدمت الباحثة عرضا للبرنامج يقوم على إيضاح فنية التدريب على التعليمات الذاتية على النحو التالى:

تقوم هذه الفنية على أساس أن الأشياء التى يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقى الأشياء التى يفعلونها ، حيث أن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلى أحد هذه الأنشطة.

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلى مايسمى بالإيقاف المعتمد للأفكار غير المرغوبة Thought stopping إذ يطلب المعالج من المريض أن يفكر بطريقة متعمدة فى الفكرة التى تسبب له التعاسة والضيق ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت ، وفور ظهور الإشارة الدالة على تكوين الفكرة وتبلورها يهتف المعالج "توقف" Stop وتبين الحالات التى استخدمت فيها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج "توقف" تختص من الذهن ، ومن الواضح أن هذا الأسلوب يمكن استخدامه ذاتيا باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات وهذا ما يحدث بالفعل. (Kendall & Braswell, 1995: 10-11)

ويرى ميكنبوم أن الحديث الذى يتم داخل الفرد يؤثر عليه ويغير البنية المعرفية التي تعطى نسق المعانى أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية.

كما يرى ميكنبوم (١٩٧٧) أن فنية تقديم التعليمات للذات تتطلب تدريب المريض التحدث مع نفسه لكى يتمكن أولا من ضبط ذاته إزاء موقف ما ويبدأ القرآن بأستخدام خطة مكونة من خمس خطوات بالإضافة إلى سلسلة من الاستجابات التقريبية وتتكرر هذه الخطوات حتى يمكن للفرد القيام بكل مستوى بطريقة مريحة وتتم الخطوات على الشكل الآتى:

١- يقوم المدرب بإنجاز مهمته وهو يتحدث إلى نفسه بصوت عالى / مسموع / نموذج معرفى.

٢- يقوم الطفل بإنجاز نفس المهمة بتوجيه من تعليمات النموذج / المدرب/.

٣- يقوم الطفل بإنجاز المهمة بصوت عالى / توجيه ذاتى – صريح/.

٤- يقوم الطفل بإنجاز مهمته هامسا لنفسه بالتعليمات / توجيه ذاتى هامس.

٥- يقوم الطفل بإنجاز مهمته بصوت خفى مقدما لنفسه التعليمات / توجيه ذاتى خفى. (Yates, 1985: 67-70)

وتعتبر فنية التعليمات الذاتية أسلوب من أساليب الضبط الذاتى حيث يصبح سلوك الطفل متحكم فيه / مضبوط / من خلال الألفاظ الذاتية الداخلية الخاصة به ، وقد أشار كيندال وبراسويل (Kendall & Braswell) لثلاثة عوامل لنجاح تدريب التلاميذ على إدارة ضبط الذات أثناء تنفيذ فنية التعليمات الذاتية وهى:

١-يجب أن يضع المدرب / النموذج / في اعتباره القدرة المعرفية للتلاميذ.

٢-أهمية استخدام الحوافز مباشرة بعد التدريب.

٣-يجب أن يضع المدرب خطة ليعمم المؤثرات المؤدية إلى نجاح فنية التعليمات الذاتية وخاصة القدرة المعرفية. (Kendall & Braswell, 1982)

إن الضبط الذاتي عن طريق تقديم التعليمات للذات يعد من أفضل الطرق لأنه يجعل الضبط نابعا من الداخل وليس من الخارج فالخارج ليس مستمرا وملازما للفرد ، إذ عندما يذهب أو ينعدم الضبط الخارجي ينعدم ضبط الذات. (Edward, 1998)

إن إجراءات تقديم التعليمات للذات تتضمن التدريب على استخدام الألفاظ الموجهة للمهمة وتتضمن عبارات التعزيز الذاتي ، ونمذجة السلوك ، الملائم للمهمة ، ومراقبة الذات ، وتقييم الذات (Konstantareas & Homatidis, 1983) وتعد التعليمات الذاتية رسائل لفظية توجه السلوك ويتمثل ذلك في أبسط صوره عندما يصدر الإنسان إلى نفسه تعليمات لكي ينجز أهدافا ملموسة ومحددة.

اشتمل البرنامج على ١٨ جلسة (بمعدل ٥٠ دقيقة للجلسة الواحدة) ، وهدف البرنامج السلوكي المعرفي القائم على فنية تقديم التعليمات للذات إلى:

أ- تدريب الأطفال ذوى فرط النشاط على الانضباط والتفكير والانتباه والتوقف قبل إصدار أى استجابة ، وذلك من خلال تقديم التعليمات للذات من أجل الضبط الذاتي وتخفيض مظاهر فرط النشاط لديهم والتي تتجلى في الحركة المفرطة وعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية.

ب- تدريب هؤلاء الأطفال على تعزيز أنفسهم عند إصدار استجابة صحيحة مما يعزز الثقة بأنفسهم وبقدرتهم على الإنجاز والنجاح وبالتالى يزيد تقديمهم لذواتهم.

وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض درجات فرط النشاط والاندفاعية ، وارتفاع تركيز الانتباه وتقدير الذات مع التحسن فى الأداء التحصيلى لهؤلاء التلاميذ خاصة فى مادتى القراءة والحساب.

المراجـــع

أولاً: المراجع العربية:

- *إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٧):* الاتجاهات الحديثة فى العلاج السلوكى: مجلة البحث فى التربية وعلم النفس ، ٤ (١٠) كلية التربية جامعة المنيا.
- *أحمد عكاشة (١٩٩٨):* الطب النفسى المعاصر ، الأنجلو المصرية ، القاهرة.
- *أميرة قرناص (١٩٩٠):* كيف تحرك معاقا. جمعية العلاج الطبيعى القانونية ، الأردن.
- *أنسى قاسم (٢٠٠٠):* مقدمة فى سيكولوجية اللغة ، مركز الاسكندرية للكتاب.
- *أنسى قاسم (٢٠٠١):* اللغة والتواصل لدى الطفل ، مركز الاسكندرية للكتاب.
- *ابتسام السطيحة (١٩٩١):* دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال ، ماجستير ، كلية التربية جامعة طنطا
- *ابتسام السطيحة (١٩٩٧):* أثر استخدام كل من العلاج السلوكى المعرفى والتعلم بالملاحظة (النمذجة) فى تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربى الانتباه ، دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا.
- *اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعاقين:* النشرة الدورية ، (٢٠٠٣) ٧٤ (١٩).
- *إيمان أبو رية (١٩٩٩):* فعالية برنامج التحكم الذاتى لخفض فرط النشاط لدى الأطفال. دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا.
- *باركلى ، أ ر (١٩٩٩):* خلل فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال: مجلة العلوم ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى.
- *زينب شقير (١٩٩٩):* فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى خفض حدة سلوك فرط النشاط لدى الأطفال. مجلة كلية الآداب. المنيا.
- *سعيد العزة (٢٠٠٠):* الإعاقة الحركية والحسية ، الدار العلمية للنشر ، عمان.
- *شوقية السمادونى (٢٠٠٤):* مدى فعالية العلاج العقلانى الانفعالى فى تعديل السلوك العدوانى لدى المعوقات جسمياً. دكتوراه ، كلية التربية ببنها.
- *طلعت الوزنة (١٩٩٣):* الشلل النصفى الصفى والشلل الرباعى ، وزارة العمل والشئون الاجتماعية. الرياض.
- *عادل الأشول (٢٠٠١):* أثر الإرشاد النفسى الدينى فى خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. مكتب الإنماء الاجتماعى ، جـ١ ، الكويت.
- *عبد الرحمن العيسوى (١٩٧٥):* علم النفس فى الحياة المعاصرة. دار المعارف ،
- سناء مسعود(٢ ٢)٠ فاعلية برنامج قائم على التدريب مع التعليمات الذاتية في خفض فرط النشاط
- عبد الرحمن سليمان (١ ٢)٠ سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، ٤ أجزاء، زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد الرحيم بخيت (٢٠٠٢): الدليل الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، مؤتمر التربية الخاصة في القرن ٢١، كلية التربية- جامعة المنيا.
- *عبد الصبور منصور (٢٠٠٣):* مقدمة فى التربية الخاصة ، زهراء الشرق ، القاهرة.
- *عبد العزيز السرطاوى وجميل الصمادى (١٩٩٨):* الإعاقات الجسمية والصحية ، ط١ ، مكتبة الفلاح. الكويت.
- *عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٢):* قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، الأنجلو المصرية ، القاهرة.
- *عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥):* سيكولوجية الطفل والتربية الخاصة. النهضة المصرية. القاهرة.

- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، جـ٤ ، مكتبة مدبولي: القاهرة.
- عبد المنعم الحفني (١٩٩٩): موسوعة الطب النفسي ، جـ٢ ، مكتبة مدبولي ، القاهرة.
- عثمان لبيب فراج (١٩٩١): الإعاقة ورعاية المعاقين ، ط١ ، البحرين.
- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤): حجم مشكلة المعوقين ، تقرير وبحوث ودراسات المؤتمر السادس (نحو مستقبل أفضل). اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- غسان يعقوب (١٩٩٥): الطفل قليل الانتباه وكثير الحركة ، مجلة العربي (٤٣٤).
- فاروق صادق (١٩٩٣): أسس برنامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، المجلد الثالث.
- كمال سالم (١٩٨٨): الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين ، مكتبة الصفحات الذهبية ، الرياض.
- كمال سيسالم (٢٠٠١): المعاقون جسمياً وصحياً في المدارس العامة ، دار الكتاب الجامعي – العين ، الإمارات العربية المتحدة.
- ماجدة عبيد (١٩٩٩): الإعاقات الحسية والحركية ، دار صفاء للنشر ، الأردن.
- ماجدة عبيد (٢٠٠١): رعاية الأطفال المعاقين حركياً ، دار صفاء للنشر ، الأردن.
- محمد السيد عبد الرحمن ، منى خليفة حسن (٢٠٠٣): تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية. دار الفكر العربي. القاهرة.
- محمد السيد عبد الرحمن ، منى خليفة حسن (٢٠٠٤): دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي. دار الفكر العربي. القاهرة.
- محمد البواليز (٢٠٠٠): الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. دار الفكر العربي. الأردن.
- محمد عبد المقصود (١٩٩٥): فعالية كل من الإرشاد النفسي الفردي والجماعي في مفهوم الذات لدى عينة من المراهقين المصابين بشلل الأطفال. دكتوراه ، كلية التربية – جامعة طنطا.
- محمد كامل (١٩٩٦): سيكولوجية الفئات الخاصة ، ط١ ، النهضة المصرية.
- محمد كامل (١٩٩٨): الأوتيزم ، النهضة المصرية. القاهرة.
- محمد منصور (١٩٩٠): النشاط المفرط لدى الأطفال وكيف نتعامل معه. سلسلة بحوث نفسية وتربوية. إعداد فاروق عبد السلام وميسرة طاهر. دار الهدى الرياض.
- محمد منصور ، سحر الكفافي ، نجلاء الحبشي (٢٠٠٣): الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية ، مطابع جامعة طنطا.
- مصطفى كامل (١٩٩٠): مقياس تقدير سلوك التلميذ لفرز حالات صعوبات التعلم: كراسة التعليمات ، الأنجلو ، القاهرة.
- نادية الزيني (١٩٨٩): استخدام الجماعة الصغيرة في تنمية القدرات الإبداعية لدى الأطفال ، المؤتمر الثاني للطفل المصري ، تنشئته ورعايته ، مركز دراسات الطفولة ، عين شمس ، مارس.
- هناء عبد الوهاب (١٩٩٨): برنامج إرشادي لتعليم بعض مسابقات الميدان للمعاقين حركياً (شلل الأطفال). مؤتمر الإرشاد النفسي الخامس. جامعة عين شمس.
- وليم الخولي (١٩٧٦): الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي ، دار المعارف ، القاهرة.
- يوسف الزعمط (٢٠٠٠): التأهيل المهني للمعوقين ، دار الفكر ، عمان.
- يوسف القريوتي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل والصمادي (١٩٩٥): مدخل إلى التربية الخاصة ، دار العلم للنشر ، دبي.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- ***American Psychiatric Association (1987):*** Diagnostic and statical manual of mental disorders DSM-III. The American Psychiatric Association.
- ***American Psychiatric Association (1994):*** Diagnostic and statical manual of mental disorders, DSM-IV, Weshington.
- ***Biederman, J, Faraone, SV, & Taylor. A. (1998):*** Diagnostic Continuity between child and adolescent ADHD., J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Mar, 37 (3), 305: 313.
- ***Carlson, CL, Tamm, L & Gaub, M (1997):*** Gender differences in children with ADHD & Co-occurring ADHD. J Am Acd Child Adolesc Psychiatry, Dec, 36 (12): 1706-1714.
- ***Morgan B & Lung. P, (1980):*** Effects of assertion training on acceptance of disability by physically disabled students J. of counseling psychology. 27 (2).
- ***Fox, RA & Wade, EJ (1998):*** ADHD among adults with severe of profound mental retardation, Res Dev Disabil, May-Jun, 19 (3): 275-280.
- ***Glickman, MM & Dodd, DK (1998):*** A measure of urgent task involvement among adults with ADHD. Psychol Rep, Apr, 82 (2): 592-594.
- ***Greene, RW, Biederman, J & Faraone, SV (1997):*** Adolescent outcome of boys with ADHD. J Consult Clin Psychol, Oct, 65 (5): 758-767.
- ***Harold, I., Kaplan, M, D., Benjamin, J. & Sadock, M.D. (1988):*** Synopsis of psychiatry. (5th ed), Williams & Wilkins. Chapter 38, 596-603.
- ***Jensen, VK, Larrieu, JA & Mack, KK (1997):*** Differential diagnosis between ADHD & pervasive developmental disorder- not Otherwise specified. J Clin Pediatr, Oct, 36 (10): 555-561.
- ***Kuhne, M, Schachar R & Tannock, R (1997):*** Impact of comorbid oppositional or conduct problems on ADHD, JA Acad Child Adolesc Psycitaty. 36 (12): 1715-1725.
- ***Lazar, TW & Frank. Y (1998):*** Frontal systems dysfunction in children with ADHD & LD, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 10 (2); 160-167.
- ***Levy, G & Haffes, G (1997):*** Discrimination of ADHD Continuous performance test, J Paediatr Child Health, Oct. 33 (5): 384-387.

- *Marshall, RM, Hynd, GW & Hall, J. (1997):* Academic underachievement in ADHD subtypes, J learn Disabil, 30 (6): 635-642
- *Milberger, S, Biedrman, J. Faraone, SV & Wilens, T (1997):* Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders, J Am Addict. 6 (4): 318-329.
- *Pinter, R. & Brunschwing, Lily (1937):* A study of certain factors & wishs among deaf & learning children. J educ Psy; 255-270.
- *Vaughn, ML. Riccio, CA, Hynd, GW & Hall, J. (1997):* Diagnosing ADHD J Clin Psychol. 26 (4) 349-357
- *Weiss, RE, Stein, MA & refetoff, MA & Refetoff. S (1997):* Behavioral Effects of Liothyronine in children with ADHD in presence and absence of resistance to thyroid hormone. Thyroid, 7 (3): 389-393.

فهرس الموضوعات

اقرأ للمؤلفة

أولاً: المراجع:

١- رعاية المتفوقين والموهوبين والمبدعين. النهضة المصرية ، القاهرة

٢- سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. النهضة المصرية ، القاهرة

٣- كيف نربى أبناءنا. النهضة المصرية ، القاهرة

٤- اضطرابات اللغة والتواصل "الطبعتين الأولى والثانية". النهضة المصرية ، القاهرة

٥- الشخصية السوية والمضطربة (ط١-ط٢). النهضة العربية ، القاهرة

٦- علم النفس العيادى (الإكلينيكى). النهضة العربية ، القاهرة

٧- الباثولوجيا الاجتماعية والمشكلات المعاصرة. الأنجلو المصرية ، القاهرة

٨- أسرتى ومدرستى أنا ابنكم المعاق. النهضة المصرية ، القاهرة

٩- نداء من الابن المعاق. النهضة المصرية ، القاهرة

١٠- احذر اضطرابات الأكل. النهضة المصرية ، القاهرة

١١- الاضطرابات السيكوسوماتية. النهضة المصرية ، القاهرة

١٢- خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة. النهضة المصرية ، القاهرة

١٣- الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملى لغير العاديين. النهضة المصرية ، القاهرة

١٤- التعليم العلاجى والرعاية المتكاملة لغير العاديين. النهضة المصرية ، القاهرة

١٥- الاتجاهات المعاصرة فى التشخيص التكاملى والتعليم العلاجى والرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة. النهضة المصرية ، القاهرة

١٦- أبى - أمى ولدك المتفوق والموهوب ... إلى أين؟ النهضة المصرية ، القاهرة

١٧- همسات ولمسات طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتعثرون فى الكلام والنطق النهضة المصرية ، القاهرة

١٨- الشموع المضيئة نحو الكفيف وضعيف البصر. النهضة المصرية ، القاهرة

١٩- إيدى فى إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً - وانفعالياً) المقعد - شلل الأطفال - الشلل الدماغي - فرط النشاط. النهضة المصرية ، القاهرة

٢٠- علّموا ابناءكم المعاقون عقلياً (وتربوياً) (التخلف العقلى - صعوبات التعلم - التأخر الدراسى - التوحد). النهضة المصرية ، القاهرة

٢١- انتبه واحذر الاضطرابات النفس جسمية "السيكوســـوماتية والسوماتوسيكولوجية".

ثانياً: الاختبارات والمقاييس النفسية:

١- مقياس صورة الجسم.	النهضة المصرية ، القاهرة
٢- مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
٣- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
٤- مقياس مواقف الحياة الضاغطة.	النهضة المصرية ، القاهرة
٥- مقياس الاحتراق النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
٦- مقياس الحواجز النفسية.	النهضة المصرية ، القاهرة
٧- مقياس المخاوف للأطفال.	النهضة المصرية ، القاهرة
٨- مقياس قلق الموت.	النهضة المصرية ، القاهرة
٩- مقياس اضطرابات الأكل.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٠- مقياس فقدان الشهية العصبي.	النهضة المصرية ، القاهرة
١١- مقياس الشره العصبي.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٢- مقياس الاغتراب النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٣- مقياس الاتجاه نحو دمج المعاقين.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٤- مقياس الاتجاه نحو دمج المتفوقين.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٥- مقياس تشخيص السمنة المفرطة.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٦- مقياس تشخيص الصداع النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٧- مقياس التوافق النفسي.	النهضة المصرية ، القاهرة
١٨- مقياس التوافق النفسي لمتحدي الإعاقة.	النهضة المصرية ، القاهرة

توزيع: مكتبة النهضة المصرية ٩ ش عدلي ، القاهرة ☎ ٠٢/٢٩٥٦٧٧١

مكتبة الأنجلو المصرية ١٦٥ ش محمد فريد ، القاهرة ☎ ٠٢/٣٩١٤٣٣٧

مكتبة زهراء الشرق ١١٦ ش محمد فريد ، القاهرة ☎ ٠٢/٣٩٢٩١٩٢

دار الكتاب الحديث ٩٤ش عباس العقاد ، مدينة نصر – القاهرة ☎ ٢٧٥٢٩٩٣


Bibliotheca Alexandrina
1182157